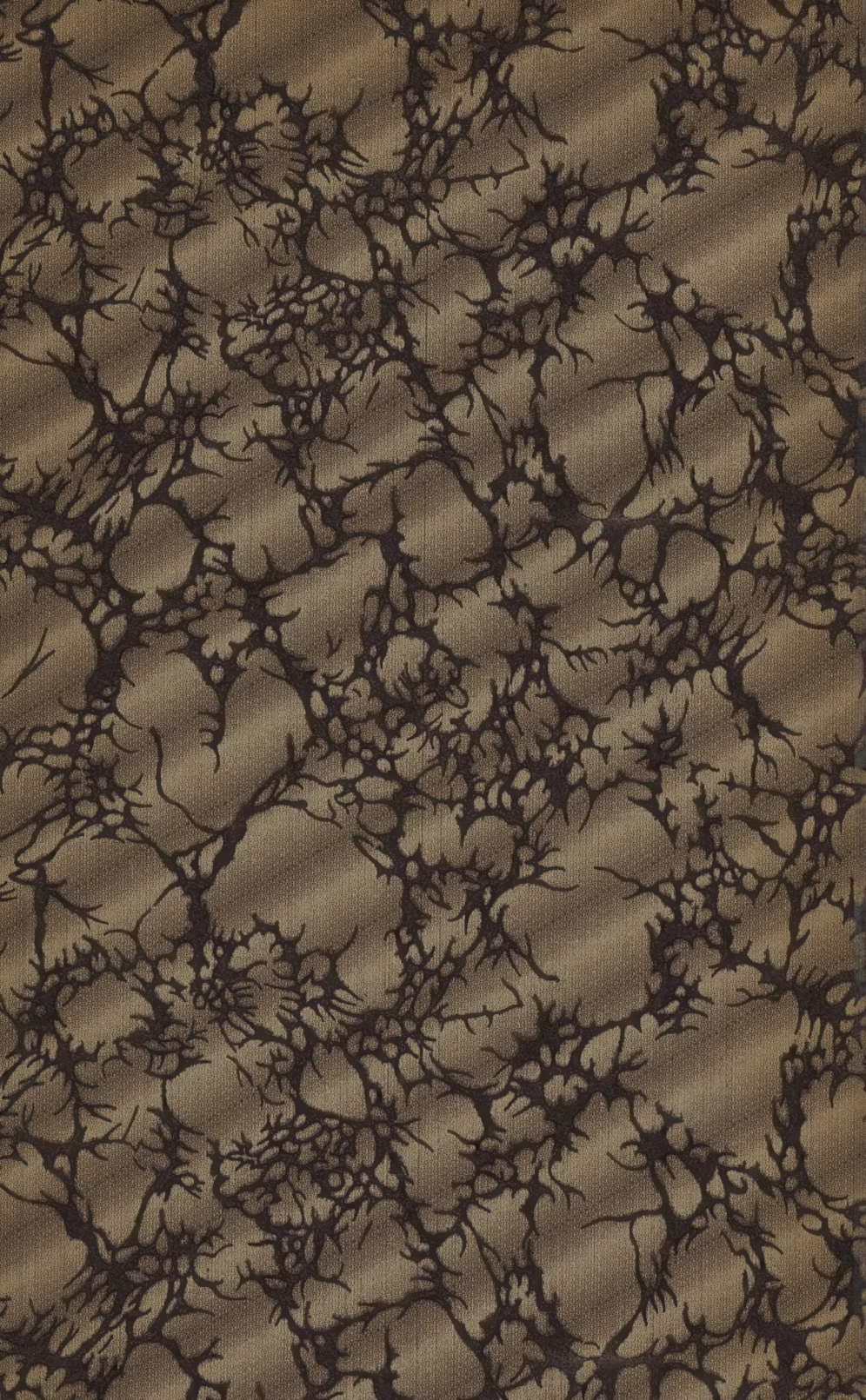


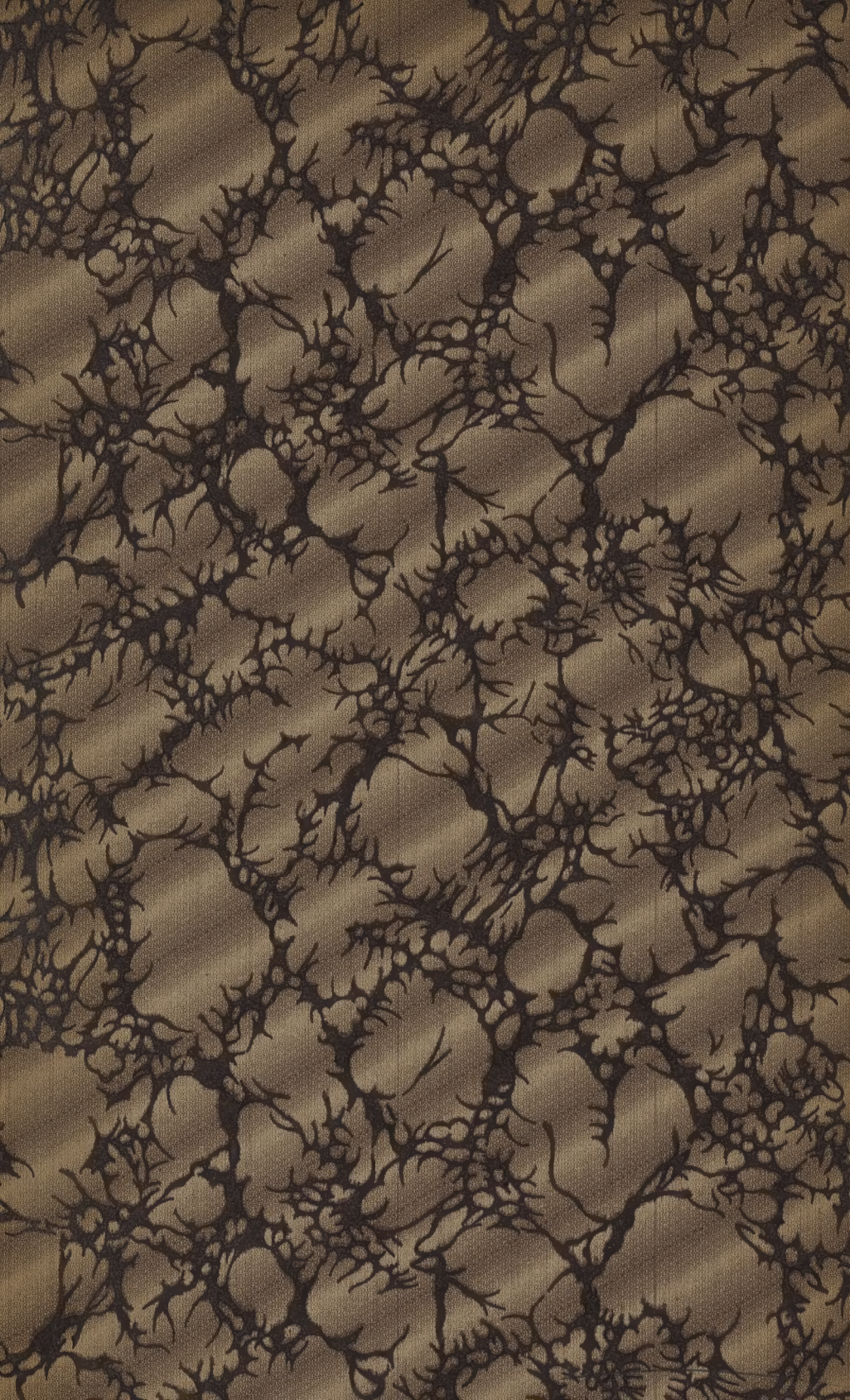
Ayez le respect des Livres

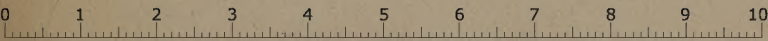
BIBLIOTHÈQUE
DE LA
FACULTÉ DE MÉDECINE

Salles de Lecture

Remettez ce livre à sa place
après consultation







ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ANNÉE 1937

TOME PREMIER

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS RÉDACTEURS EN CHEF :
(1843-1930)

BAILLARGER, CERISE, LONGET,
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours),
LUNIER, FOVILLE, RITTI, HENRI COLIN

RÉDACTEUR EN CHEF : RENÉ CHARPENTIER
COMITE DE RÉDACTION :

MM. ABADIE, D. ANGLADE, BEAUSSART, Ch. BLONDEL, CAPGRAS,
H. CLAUDE, COURBON, Ach. DELMAS, DEMAY, G. DUMAS, DUPOUY,
EUZIÈRE, J. HAMEL, Pierre JANET, KLIPPEL, LAIGNEL-LAVASTINE,
LAUZIER, J. LÉPINE, LÉVY-VALENSI, LHERMITTE, R. MALLET,
MARCHAND, MIGNOT, PACTET, PIERON, POROT, RAVIART, RAYNIER,
ROGUES DE FURSAC, SÉGLAS, SÉRIEUX, Th. SIMON, TINEL,
TOULOUSE, TRUELLE, VERNET.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE
BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

FONDATEUR.
J. BAILLARGER
RÉDACTEUR EN CHEF :
RENÉ CHARPENTIER

XV^e SÉRIE — 95^e ANNÉE — 1937
TOME PREMIER



90152

MASSON & C^{ie}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISANT 10 FOIS PAR AN

TABLE DES MATIÈRES

QUINZIÈME SÉRIE - 95^e ANNÉE - TOME I

JANVIER-MAI 1937

MEMOIRES ORIGINAUX

	Pages
Contribution à l'étude des états chroniques de la psychose maniaque dépressive, par M. G. HALBERSTADT.....	1
Le délire d'intermétamorphose. Variété d'illusions de sosie et de Frégoli, par M. G. DAUMÉZON.....	19
Valeur thérapeutique de la cholestérine ; son emploi en milieu asilaire, par MM. J. HAMEL et R. BUISSON.....	27
Les syndromes psycho-anémiques, par M. G. de MORSIER.....	177
Utilitarisme et hystérie, par M. L. FROMENTY.....	192
Le régime des aliénés criminels et délinquants en Angleterre et en Ecosse, par Mlle Madeleine DEROMBIES.....	202, 400, 536
Mesure de l'intelligence par la méthode des tests chez l'étudiant d'Université, par MM. Aug. LEY et M.-L. WAUTHIER.....	353
Le syndrome hystéro-épilepsie, par M. G. VILLEY.....	386
Les glandes endocrines du point de vue neuro-psychiatrique, par M. G. de LOVERDO.....	394
Anormaux et défense sociale. Comment concilier les exigences de la défense sociale à l'égard des criminels anormaux avec les nécessités de leur assistance et leur reclassement, par M. L. VERVAECK.....	513
Essai de traitement spécifique chez diverses psychopathes présentant des réactions humérales positives (Rappel documentaire et résultats schématisés), par MM. H. BEAUDOUIN et G. DAUMÉZON.....	560
La démence sénile sans athérome cérébral. Ses rapports avec la maladie d'Alzheimer et la maladie de Pick. Considérations sur les encéphaloses, par M. L. MARCHAND.....	689

Les tendances actuelles de la psychiatrie aux Etats-Unis, par M. C. Macfie CAMPBELL	736
Contribution à l'étude des rapports de l'hallucination et du délire. Un cas d'hallucinations purement olfactives avec thème interprétatif de persécution chez un psychasthénique, par MM. A. POROT, BARDENAT et LEONARDON.....	753

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Liste des Présidents, Secrétaires généraux et Trésoriers de la Société Médico-Psychologique (1852-1937).....	40
Bureau pour 1937.....	42
Liste des membres.....	42

Séance du jeudi 14^e janvier 1937

Paralysie générale et psychose maniaque-dépressive, par MM. R. ANGLADE, M. ROUGEAN et J. FRETET.....	62
Cyclothymie infantile, par M. Ach. DELMAS.....	71
Méiopragie psychique intermittente, par MM. P. COURBON et J. CHAPOULAUD.....	76
Syndrome catatonique puerpéral avec aréflexie, par MM. G. FERDIÈRE et G. DAUMÉZON.....	82
Hyperalbuminose chez un hébéphrénique, par MM. L. MARCHAND, Y. LONGUET et L. ANGLADE.....	86
Syndrome parkinsonien encéphalitique chez une syphilitique. Considérations anatomo-pathologiques, par MM. L. MARCHAND et G. DEMAY....	89
Evolution progressive d'une paralysie générale infantile malgré un traitement stovarsolique intense chez un hérédo-syphilitique traité dès la naissance. Considérations anatomo-pathologiques, par MM. L. MARCHAND, M. BRISSOT et DELSUC.....	93

Séance du lundi 25 janvier 1937

Allocution de M. Cl. VURPAS, président sortant.....	100
Allocution de M. René CHARPENTIER, président.....	105
Adoption du procès verbal.....	107
Correspondance.....	107
Commissions des prix.....	107
Election de trois membres titulaires.....	108
Déclaration de vacances de 3 places de membres titulaires.....	108
Ordre du jour des séances du lundi 26 juillet 1937.....	108
Livres et brochures déposés dans les Archives de la Société.....	109
Troubles psychiques et chorée de Huntington, par MM. J. TUSQUES et Ch. FEUILLET.....	109

Syndrome d'action extérieure érotomaniacque, par MM. J. TUSQUES et G. FERDIÈRE.....	114
Effets du traitement insulinique selon la méthode de Sakel dans les états d'inhibition, par MM. E. BAUER, G. MARQUET et P. LARRIVE.....	118
Mort rapide après alimentation à la sonde par rupture de coronaire chez un athéromateux, par MM. Fr. ADAM et Ot. HANSCH.....	129
Psychopolynévrite aiguë chez une alcoolique chronique. Tableau clinique rappelant le béribéri, par MM. J. AJURIAGUERRA et J. ROYER.....	134
Crises nerveuses d'apparence névropathique dans un cas d'arachnoïdite, par MM. H. BARUK, AUBIN et SCHMITE.....	140
Statistique des services de Doulon et la Villetterte : la formule hospitalière en neuro-psychiatrie infantile, par MM. G. d'HEUCQUEVILLE et P. LEGRY.....	145
Contribution à la biologie du brome encéphalique (hormones sédatives) : expérimentation physiologique et clinique du dibromocholestérol, par MM. G. d'HEUCQUEVILLE et Ch. LECLERCQ.....	153

Séance du jeudi 11 février 1937

Conséquences psychopathiques des mouvements sociaux actuels, par MM. R. DUPOUY et M. LECONTE.....	234
Paralysie générale infantile. Hémiplegie gauche avec contracture en flexion, par MM. L. MARCHAND Y. LONGUET et L. ANGLADE.....	240
Un cas de paralysie générale survenue 3 ans 1/2 après le chancre, par MM. L. MARCHAND, Y. LONGUET et L. ANGLADE.....	243
Syndrome de Cotard chez une jeune fille de 20 ans. Guérison, par M. MIGNOT et Mlle LACASSAGNE.....	246

Séance du lundi 22 février 1937

Adoption du procès verbal.....	252
Correspondance.....	252
Election d'un membre correspondant national.....	253
Cas de paralytiques généraux à sérologie normale, par MM. DUJARDIN et G. VERMEYLEN.....	253
Sur un cas mortel d'intoxication par le véronal, par MM. G. DEMAY et VEYRES.....	260
Note critique sur les méthodes de dosage du brome dans le sang, par MM. X. et P. ABELY et BALATRE.....	265
Délires aigus primitifs, secondaires et intercurrents, par MM. J. CAPGRAS et J. DAUMÉZON.....	271
Catatonie pure chez un enfant de seize ans, par MM. M. BRISSOT et J. MAILLEFER.....	279
Peut-on préciser les indications de la sulfochrysothérapie dans les états à type schizophrénique ? par M. J. DUBLINEAU.....	285
Feuille d'examen physique, par MM. Th. SIMON et M. ROUGEAN.....	289
La psychose périodique chez l'enfant. Formes pures et formes associées à la chorée et aux syndromes infundibulo-hypophysaires, par M. H. BARUK et Mlle Y. GÉVAUDAN.....	296
Apoplexie gastrique après alimentation à la sonde. De quelques accidents neuro-végétatifs de l'alimentation artificielle, par MM. H. BARUK, P. FOUQUET, J. MATHEY et Mlle GÉVAUDAN.....	312

Séance du jeudi 11 mars 1937

	Pages
Hallucination psychique à localisation auriculaire unilatérale, par MM. J. CAPGRAS et Ch.-H. NODET.....	421
Adénolipomatose diffuse, insuffisance polyglandulaire et démence, par MM. Paul COURBON et Roger STORA.....	426
Boiterie pithiatique chez un débile épileptique. Torpillage. Guérison, par MM. L. MARCHAND, Y. LONGUET et Louis ANGLADE.....	434
Délire conjugal, par MM. H. BEAUDOUIN, E. MARTIMOR, Mlle J. LACASSAGNE et J. DEVALLET.....	436

Séance du lundi 22 mars 1937

Adoption du procès verbal.....	445
Correspondance.....	445
Election d'un membre correspondant national.....	445
Election de 3 membres titulaires.....	446
A propos du procès verbal ; la psychose périodique chez l'enfant, par M. G. HEUYER.....	446
Sur un cas de paralysie générale juvénile, par M. P. LOO.....	448
Traitement par l'orthosiphon stamineux de certaines psychoses liées à l'insuffisance hépato-rénale, par MM. J. TRILLOU et P. RAUCOULES.....	452
La paralysie générale à l'Admission de l'Asile Clinique (Statistique sur 4 mois). Fréquence des formes anormales, par M. J. DELMOND.....	455
Virtuosités autodidactiques et hyperalgésie aux contacts sociaux, par MM. P. COURBON et J. DELMOND.....	461
Aperçu sur l'état actuel du problème des hallucinations, par M. P. GUIRAUD.....	475

Séance du jeudi 8 avril 1937

Pathomimie chez un débile vaniteux, par MM. J. FRETET et M. ROUGEAN..	575
Réactions pathomimiques d'une débile, par MM. G. DAUMÉZON, G. FERDIÈRE et HADJI DIMO.....	579
Paralysie générale infantile et neurosyphilis familiale, par MM. J. DELMOND, Y. LONGUET et L. ANGLADE.....	582
Un cas de maladie de Lobstein avec troubles mentaux, par MM. H. PICHARD et J. GOLSE.....	586
Parapragmatisme social et rêverie de compensation, par MM. P. COURBON et R. STORA.....	590
Erotomanie. Délire de liaison flatteuse, par M. J. FRETET.....	595
Schizose avec syndromes érotomaniac et mystique, par MM. G. FERDIÈRE et J. FORTINEAU.....	599
Rythme verbal progressif jusqu'à la plainte chez une persécutée sénile, par MM. P. GUIRAUD, G. DAUMÉZON et G. FERDIÈRE.....	603

Séance du lundi 26 avril 1937

Adoption du procès verbal.....	607
Correspondance.....	607
Election de 2 membres associés étrangers.....	608

	Pages
A propos du problème des hallucinations, par M. E. MINKOWSKI.....	608
Sur la nature de la certitude hallucinatoire et l'étude analytique des hallucinations, par M. J. VIÉ,.....	614
La théorie des écrans sensoriels et l'hallucination, par M. P. GUIRAUD..	618
Déséquilibre psychique apparu trois ans après un chancre traité. Pyrexie prolongée antérieure à la syphilis, par M. J. DUBLINEAU.....	626
Confusion mentale périodique chez un enfant hérédico-syphilitique, par MM. J. DUBLINEAU et TARBOURIECH.....	629
Syndrome d'agitation confusionnelle évoluant sur un terrain hérédico-syphilitique, par MM. J. DUBLINEAU et TARBOURIECH.....	632
Anorexie mentale et hypophyse, par MM. R. et M. ROUGEAN.....	634
La leucoplasis buccale chez les paralytiques généraux, par M. L. VALLADE.....	638
Syndromes périodiques nerveux et mentaux en dehors des états maniaques dépressifs. Les névraxoses périodiques, par MM. H. BARUK et Mlle GÉVAUDAN.....	641
Contracture en flexion des mains dans les lésions préfrontales et réflexe de préhension forcée, par MM. M. DIDE et PETIT (de Plouguevel)	653

Séance du 13 mai 1937

Hallucinations visuelles et unilatéralement auditives chez un alcoolique, par MM. P. COURBON et J. CHAPOULAUD.....	764
Aphasie sensorielle et épilepsie post-traumatiques. Cicatrices méningo-corticales de la région temporo-occipitale gauche, par M. L. MARCHAND	768
Délire de rêverie avec démence consécutive à une intoxication oxycarbonée, par MM. DADAY, HEUYER et MATHON.....	771
Syntaxe d'une schizophasique, par MM. J. FRETET et Mlle PETIT.....	777

Séance du lundi 24 mai 1937

Augmentation de la cotisation.....	782
Frais de publication de Bulletin de la Société.....	782
Adoption du procès-verbal.....	783
Correspondance.....	783
A propos de la codéinomanie,.....	783
Election à une place de membre correspondant national.....	784
Rapport de la Commission sur les mémoires présentés pour le prix Aubanel	784
Psychose hallucinatoire; évolution intermittente; élimination d'idées de persécution, par MM. E. MINKOWSKI et H. POLLNOW.....	787
Hétérogénéité du comportement hallucinatoire, par M. P. COURBON.....	792
Anatopisme mental ou psychose chez un Russe, par MM. P. COURBON et DELMOND.....	797
Sur 32 psychoses traitées par l'huile soufrée. Résultats, par M. J. RONDEPIERRE.....	810

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Réunion commune de la Société Belge de Neurologie et de la Société Belge de Pédiatrie (30 janvier 1937)

	Pages
L'encéphalite vaccinale postjennerienne	
Introduction générale à l'étude de l'encéphalite vaccinale, par M. L. van BOGAERT.....	325
Encéphalo-myélite vaccinale chez un adulte. Présentation du malade, par M. J. MAGE.....	325
Cas personnels d'encéphalite vaccinale, par M. MEUNIER.....	326
Encéphalopathie post-vaccinale. Symptomatologie clinique. Séquelles, par M. DAGNELIE.....	326
Anatomie pathologique de l'encéphalite vaccinale, par M. van BOUWDIJK-BASTIAENSE.....	326
Etude atomo-clinique d'un cas d'encéphalite vaccinale, par M. van GEHUCHTEN.	327
Etude atomo-clinique d'un cas d'encéphalite vaccinale, par M. KOKKEN.....	327

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

<i>Séance du jeudi 7 janvier 1937</i>	166
<i>Séance du jeudi 4 février 1937</i>	319
<i>Séance du jeudi 4 mars 1937</i>	484
<i>Séance du jeudi 8 avril 1937</i>	658
<i>Séance du jeudi 29 avril 1937</i>	820

Société de Médecine légale de France

<i>Séance du jeudi 8 avril 1937</i>	660
---	-----

Société de Médecine mentale de Belgique

<i>Séance du mardi 30 janvier 1937</i>	323
<i>Séance du samedi 27 février 1937</i>	488
<i>Séance du samedi 20 mars 1937</i>	661

**Société de Médecine mentale de Belgique
et Société de Médecine légale**

<i>Séance commune du samedi 24 avril 1937</i>	823
---	-----

Société Belge de Neurologie

<i>Séance du samedi 27 février 1937</i>	489
<i>Séance du samedi 24 avril 1937</i>	822

**Groupement Belge d'Etudes Oto-neuro-ophtalmologique
et neuro-chirurgicales**

<i>Séance du samedi 20 mars 1937</i>	663
--	-----

VARIETES

Asiles publics d'aliénés : Légion d'honneur.....	175,	346
— — Nominations.....	175, 346, 504,	678
— — Postes vacants.....	175,	678
— — Nécrologie.....	346,	678
— — Médaille d'honneur de l'Assistance publique.....	346	
— — Création de poste.....	346	
— — A la Mémoire du Dr Julien Raynier.....	346	
— — Prix Julien Raynier.....	347	
— — Recrutement et statuts des médecins du cadre des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine..	347,	679
— — Concours de l'internat en Médecine de l'Asile de Dury-les-Amiens.....	350	
— — Honoriat.....	678	
— — Maison Nationale de Saint-Maurice (Seine).....	678	
— — Concours pour 20 postes de Médecins-chefs des Hôpitaux psychiatriques.....	678,	847
— — Concours pour 7 postes de Médecine des Hôpitaux psychiatriques de la Seine	685	
Assistance publique : (Conseil supérieur de l').....	176	
Hôpitaux psychiatriques : (Voir <i>Asiles publics d'Aliénés</i>).		
Hygiène et prophylaxie : Service d'informations sur les recherches de Génétique humaine	350	
— — Conseil supérieur de l'Assistance publique.....	687	
— — Œuvre de patronage et asile pour les aliénés et indigents convalescents.....	687	
— — Proposition de loi de M. Louis Rollin pour la Prévention des délits et des crimes.....	848	

	Pages
Maisons de Santé : Bulletin de la Fédération.....	350
Réunions et Congrès : Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue française.....	176
— — XVI ^e Réunion neurologique Internationale.....	847
— — II ^e Congrès International d'Hygiène mentale (Paris 19-25 juillet 1937).....	351, 504
— — XI ^e Congrès International de Psychologie.....	351
— — IX ^e Congrès International de Philosophie.....	352
— — Premier Congrès International de Psychiatrie infantile	352
— — X ^e Congrès des Sociétés d'Oto-neuro-ophthalmologie.	352
— — Société Suisse de Psychiatrie.....	512
— — 93 ^e Réunion annuelle de l'American Psychiatric Association.....	512
— — Exposition Internationale des Hôpitaux	512
Société Médico-Psychologique : Séances.....	173, 345, 503, 577, 846
— — Légion d'honneur.....	173
— — Prix de la Société :	
Année 1938 : Prix Moreau de Tours.	173
— Legs Christian.....	174
Année 1939 : Prix Belhomme.....	174
— Legs Christian.....	174
Année 1940 : Prix Aubanel.....	174
— Legs Christian.....	174
Séances du lundi 26 juillet 1937..	345, 503, 677
et diner annuel de la Société.....	846
Sociétés : Société Brésilienne de Neurologie, Psychiatrie et Médecine légale.	847
Universités : Paris : Chaire de clinique psychiatrique de la Faculté de Médecine	512
Washington : Nécrologie : W. A. WHITE.	688
Copenhague : Nécrologie : Aug. WIMMER.	848

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES (1)

A

- Abscès du cerveau d'origine auriculaire (B. KARBOWSKI et N. MESZ), 498.
 Acétylcholine dans l'épilepsie traumatique (FRIBOURG-BLANC, LASSALE et PASSA), 339.
 Action extérieure (syndrome d') érotomaniaque (Jean TUSQUES et Gaston FERDIÈRE), 114.
 Addison (maladie d'). Traitement (R. RIVOIRE), 341.
 Adénolipomatose diffuse et démence (Paul COURBON et Roger STORA), 426.
 Adie (syndrome d') (MONIER-VINARD et HARTMANN), 168.
 ———, migraines, dyssymétrie faciale (J. LHERMITTE), 320.
 ——— chez une fillette (L. BABONNEIX, H. GRENET et J. SIGWALD), 821.
 Âge scolaire (l') : développement physique, morphologie, aptitudes intellectuelles et caractère (E. SCHLESINGER), 492.
 Agitation confusionnelle chez un hérédo-syphilitique (J. DUBLINEAU et TARBOURIECH), 632.
 Agueusie au cours d'un purpura hémorragie (Souques), 821.
 Alcoolisme périodique (Ornulo ODEGAARD), 829.
 Aliénés (régime des) dans quelques pays d'Europe (Fr. NYSSSEN), 323.
 Aliénés criminels (régime des) et délinquants en Angleterre et en Ecosse (Madeleine DEROMBIES), 202, 400, 536.
 Amaigrissement (traitement de l') des psychoses (Isidore FINKELMAN), 336.
 Amnésie traumatique par transfixion frontale (P. BEAUSSART), 660.
 Amyotrophie type Charcot-Marie, forme tardive et aberrante (J. LHERMITTE et J. MOUZON), 168.
 Anaptosisme mental ou psychose (Paul COURBON et DELMOND), 797.
 Anesthésies hystériques (réalité physiologique de) (J. TINEL), 659.
 Anopsie des aviateurs (BÉHAGUE et MOTHON), 319.
 Anorexie mentale et hypophyse (Raymond et Marcel ROUGEAN), 634.
 Anormaux et défense sociale (Louis VERVAECK), 513.
 Anthropologie, Psychologie, Psychopathologie (L. BINSWANGER), 825.
 Anxieux (excitation sexuelle des) (VERMEYLEN), 824.
 Aplasie nucléaire et arhinencéphalie associées (A. BIÉMOND), 838.
 Aphasie sensorielle et épilepsie post-traumatiques (L. MARCHAND), 768.
 Arachnoidite (Crises nerveuses d'apparence névropathique dans un cas d') (H. BARUK, AUBIN et SCHMITE), 140.
 Armée métropolitaine. Engagement en temps de paix des pervers instinctifs (POMMÉ), 845.
 Arriération (l') intellectuelle (W. WEYGANDT), 665.
 — avec cataracte congénitale (Forsten SjöGREN), 675.
 Asiles d'aliénés (personnel des) en Suisse (W. MORGENTHALER), 842.
 Assistance psychiatrique en Transylvanie (G. PREDA), 843.
 — de l'enfance anormale (Eug. MIN-KOWSKI), 843.
 Asthme grave (opérations sympathiques dans l') (Henri GODARD), 340.
 Asynergies végétatives (étude des) (D. E. ALPERN et V. V. TCHERNIKOF), 840.
 Autodidactiques (Virtuosités) et hyperalgésie aux contacts sociaux (P. COURBON et J. DELMOND), 461.
 Automatismes visuels (G. de MORSIER), 829.
 Avortement criminel. Complications nerveuses (J.-A. CHAVANY et KLEPETAR), 487.

(1) Les chiffres en caractères gras correspondent aux MÉMOIRES ORIGINAUX et aux COMMUNICATIONS à la Société Médico-Psychologique.

B

- Brome** (le) encéphalique ; expérimentation du dibromocholestérol (Georges d'HEUCQUEVILLE et Charles LECLERQ), 453.
 — (dosage du) dans le sang (X. et P. ABÉLY et BALATRE), 265.
Brown-Sequard (syndrome de) ancien réactivé par un zona (BEAU), 659.

C

- Carotide** (artère). Conséquences nerveuses de la ligature (Cl. VINCENT), 485.
Castration (le problème de la) en Hollande (J. SANDERS, van der HORST, M. WESTERTEP et C. T. KORTENHORST), 671.
Catalepsie insulinaire réglable chez la souris (DIVRY et EVARD), 324.
Cataplectiques (crises) (H. SCHARFETTER et Th. SEEGER), 673.
Catatonie pure chez un enfant de 16 ans (BRISSOT et J. MAILLEFER), 279.
Catatonique (syndrome) puerpéral avec réflexie (G. FERDIÈRE et G. DAUMÉZON), 82.
 — (le syndrome moteur) (S. ROUSSET), 667.
Centre ovale (hématome du) par fracture du crâne (A. MORUZI et E. LUPU), 339.
Cerveau (tumeurs du). Diagnostic topographique (Cl. BENDA), 497.
Charité (la) de Senlis (Mme Hélène BONNAFOUS-SÉRIEUX), 169.
Chirurgical (essai d'un traitement) de certaines psychoses (EGAS MONIZ), 338.
Cholestérine (traitement par la) en milieu asilaire (J. HAMEL et R. BUISSON), 27.
Cholestérinose généralisée. Forme cérébrale (Ludo van BOGAERT, Hans J. SCHERER et Emile EPSTEIN), 485.
Chorée, tics et crises convulsives (Mildred CREAK et E. GUTTMANN), 673.
Chorée de Huntington et troubles psychiques (J. TUSQUES et Ch. FEUILLET), 409.
Chronaxies vestibulaires et neuromusculaires dans un cas d'idiotie amaurotique infantile (Georges BOURGUIGNON et Albert CHOURAQUI), 321.
Clinique psychiatrique universitaire (orientation moderne d'une) suisse (Jacob KLAESI), 843.
Comotob violente. Syndrome bulbaire avec troubles du schéma corporel. Rôle des lésions vestibulaires (LHERMITTE et DUCOSTÉ), 166.

Compression médullaire (guérison par laminectomie d'une) (CHAVANY et DAVID), 660.

Confusion mentale périodique chez un enfant hérédo-syphilitique (J. DUBLINEAU et TARBOURIECH), 629.

— Définition (A. BONHOUR), 829.

Conscience (troubles de la) chez les épileptiques et les épileptiques (V. P. JASSINSKI), 674.

Cordotomie (la) latérale (C. ZUCKERMANN), 340.

Cotard (syndrome de) guéri chez une jeune fille de 20 ans (MIGNOT et Mlle LACASSAGNE), 246.

Crépusculaires (états) épisodiques (Karl LEONHARD), 831.

Criminalité (la) féminine (HOVEN), 824.

Cyclophrénie (la) (Al. OBREGIA), 495.
 — familiale (Grégoire I. ODOBESCO), 495.

Cyclothymie infantile (F. Achille-DELMAS), 71.

Cysticercose (la) cérébrale (Vl. BERNASIEWICZ et Z. MESSING), 837.

— nerveuse centrale. Pathogénie et clinique (M. KRZEMINSKI), 838.

D

Défense sociale (loi de) à l'égard des anormaux (Louis VERVAECK), 342.

Délinquance et psychologie individuelle (A. ADLER), 822.

Délire conjugal (H. BEAUDOUIN, E. MARTIMOR, Mlle J. LACASSAGNE et J. DEVALLET), 436.

Délires aigus primitifs, secondaires et intercurrents (J. CAPGRAS et J. DAUMÉZON), 271.

Delirium tremens déclenché par une injection d'arsénobenzène (P. DOROLLE), 331.

Démence. Etude psychologique (G. PREDA, T. STOENESCU et S. CUPCEA), 836.

Démence infantile (W. RABITZ), 492.

Démence sénile (la) sans athérome cérébral (L. MARCHAND), 689.

Déséquilibrés (traitement des) (OLIVIER), 824.

Développement psychique (arrêt du) (J. MAZURKIEWICZ), 836.

Dinitrophénol et 3,5 dinitro-ortho-crésol dans la schizophrénie (J. M. LOONEY et R. C. HOSKINS), 335.

— (amaigrissement par le) (JOSEPHSON, E. M. CAMERON, G. et M. FREIBERGER), 335.

Dipsomanie chez les femmes (Gorhart PISK), 828.

Douleurs (les) hors de toute lésion neurologique (ALQUIER), 167.

Droit pénal (G. SCHUIND), 343.

Duchenne-Erb (syndrome de) au cours d'une métastase cervicale d'un épithélioma de l'ovaire (L. CORNIL et J. PAILLAS), 487.
 Dystrophie musculaire progressive (Bertil Sjövall), 669.
 — progressive. Pathogénie et hérédobiologie (A. ROTTMANN), 839.

E

Electrencéphalographie (G. MARINESCO, O. SAGER et A. FRIENDLER), 496, 497.
 Electrocutation (les lésions encéphalolitiques de l') (LHERMITTE, THIBAUT et AJURIAGUERRA), 167.
 Emotions et états psychopathiques (E. ROBERTI et G. FIORE), 828.
 Encéphalite aiguë toxique expérimentale (Gabriel PETIT et L. MARCHAND), 675.
 Encéphalite vaccinale (Ludo van BOGAERT), 325 ; (MEUNIER), 326.
 —. Anatomie pathologique (van BOUWDIJK-BASTIAENSE), 326.
 —. Etude anatomo-clinique (van GEHUCHTEN), 327 ; (KOKKEN), 327.
 Encéphalocèle de la racine du nez (M. FÈVRE et R. HUGUENIN), 500.
 Encéphalo-myérite vaccinale chez un adulte (J. MAGE), 325.
 Encéphalopathie post-vaccinale (DAGNELIE), 326.
 Endocrines (glandes). Point de vue neuro-psychiatrique (G. de LOVERDO), 394.
 Enervation (l') sinu-carotidienne. Expérimentation et clinique (R. LERICHE, R. FONTAINE et F. FROELICH), 340.
 Enfance (délinquance et criminalité de l') (Paul VERVAECK), 844.
 Enfant et adolescent. Le développement psychique (Edouard PICHON), 668.
 Enfants arriérés. Essai sur l'adresse manuelle (G. BURCKHARDT), 837.
 Epilepsie bravaï-jacksonienne par arachnoïdite, guérie après intervention chirurgicale (Daniel FERREY), 339.
 — sur fond constitutionnel hétérotypique (S. I. POLINKOWSKI), 674.
 — simple. Le caractère épileptique (J. V. BERENSTEIN), 674.
 — (les émotions localisées dans l') (E. S. ROOD), 675.
 Epileptique (psychose). Forme circulaire (I. M. SLIVKO), 830.
 Epileptoides (psychopathies) (I. J. SAVILENSKY et I. A. MISROUKHINE), 830.
 Erotomanie. Délire de liaison flatteuse (Jean FRETET), 595.

F

Formulaire Astier, 672.
 Freud (travaux de) en neurologie organique (R. BRUN), 496.
 Frontocalleuses (syndromes des tumeurs) (L. HALPERN), 497.

G

Ganglions nerveux (les) sur le cours des vaisseaux sanguins (B. DOLGO-SABOUROFF), 501.
 Généalogie. La famille A.B. (G.-P. PRETS), 842.
 Géo-cutiréaction. Les centres végétatifs encéphalitiques (Giorgio SANDOR), 840.
 Gliome frontal gauche. Résection du lobe frontal (Clovis-VINCENT et J. DEREUX), 322.

H

Hallucination psychique à localisation auriculaire unilatérale (J. CAPGRAS et Ch. H. NODET), 424.
 — (l') et la théorie des écrans sensoriels (P. GUIRAUD), 648.
 — et délire (A. POROT, BARDENAT et LEONARDON), 753.
 Hallucinations (les) (P. GUIRAUD), 475 ; (E. MINKOWSKI), 608.
 — (analyse des) et certitude hallucinatoire (J. VIÉ), 644.
 — visuelles et unilatéralement auditives chez un alcoolique otopathe (Paul COURBON et Jean CHAPOULAUD), 764.
 Hallucinatoire (hétérogénéité du comportement) (Paul COURBON), 792.
 Halluciner (le fait d') (A.-M. MEERLOO), 830.
 Hallucinoïse chez un acromégale syphilitique (Maurice VILLARET, J. HAGUENAU et P. BARDIN), 660.
 Hébéphrénique (hyperalbuminose chez un) (L. MARCHAND, Y. LONGUET et L. ANGLADE), 86.
 Hématoporphyrine (l') dans les syndromes dépressifs (J. VINCHON), 336.
 Hémicraniose (B. BRONWER, M. BIELCHOWSKY et E. HAMMER), 500.
 Hémiplegie et gangrène des extrémités paralysées (Maurice VILLARET, J. HAGUENAU et P. BARDIN), 658.
 Hémiplegique (ablation du ganglion étoilé chez un) (Th. de MARTEL et GUILLAUME), 486.
 Héréditaires (formes d'affections). Classification (S.-N. DAVIDENKOR), 493.
 Hérédité des psychoses. Cycles constitutionnels et « polyhybridie » (YOUNG), 493.

- et loi de stérilisation (Mme H. HIRSZFELD), 842.
- et épilepsie (Klaus COURAD), 841.
- des toxicomanes (O. WUTH), 841.
- Hôpital de neuro-psychiatrie infantile : Statistique des services de Doulon et la Villetterre (Georges d'HEUCQUEVILLE et Pierre LEGRY), 445.
- Hypertension paroxystique au cours d'une intervention sur la fosse cérébrale postérieure (DAVID), 168.
- Hyperthermie et pithiatisme (J. LHERMITTE et AMAN-JEAN), 319.
- Hystérique (psychose) (A. WIRSZUBSKI), 830.
- Hystéro-épilepsie (le syndrome) (G. VILLEY), 386.

I

- Idiotie amaurotique familiale. Forme adulte (L. van BOGAERT et BORREMANNS), 820.
- Image de soi (E. TCHEHRAZI), 171.
- Inhibition cardiaque (Abel RICHARD), 670.
- Insuline. Traitement selon la méthode de Sakel dans les états d'inhibition (E. BAUER, G. MARQUET et P. LARIVE), 448.
- et schizophrénie (Gross), 334.
- (l') dans la stupeur catatonique (Charlotte MUNN), 335.
- Intelligence (mesure de l') par les tests chez l'étudiant (Aug. LEY et M.-L. WAUTHIER), 353.
- (l') chez les malades mentaux (G. VERMEYLEN), 488.
- (l') chez les malades mentaux (DELLAERT), 661.
- Intermétamorphose (le délire d') (G. DAUMÉZON), 49.
- Interprétation (l') non hallucinatoire (F. PÉTRI), 172.

J

- Jalousie (les délires de) (H. CLAUDE), 827.

L

- Leucoplasie (la) buccale des paralytiques généraux (Louis VALLADE), 638.
- Lipiodol (le) dans les abcès de l'encéphale (B. KARLOWSKI), 339.
- (œdème cérébro-méningé par injection de) (ALAJOUANINE et HORNET), 820.

- Lobe frontal (blessure du). Hypertonie paroxystique tardive (Giovanni de NIGRIS), 498.
- Lobstein (maladie de) avec troubles mentaux (H. PICHARD et J. GOLSE), 586.
- Loi Briggs (la). Historique et application (Winfred OVERTOLSER), 343.
- Lysothérapie expérimentale dans la schizophrénie (W. K. CHOROCHKO, Mme P. S. ALEXANDROWA et L. N. PIATHITSKAIA), 333.

M

- Malades. Présentation (P. MARTIN), 663, 823.
- Malades mentaux des établissements suisses (H. BERSOT), 826.
- Malaria inoculée (le problème de la contagion naturelle de la) (J. A. SEMP AU et L. VALENCIANO), 330.
- Malariathérapie de la syphilis nerveuse. Statistique pour 1935 à Bucarest (D. PAULIAN, C. FORTUNESCO et M. TUDOR), 330.
- de la chorée de Sydenham (V. GILLOT et R. DENDALE), 330.
- (les types exogènes de réactions mentales dans la) (P. F. MALKIN), 330.
- Maniaco-dépressifs (états). Nouveaux essais de traitements (Helgi TOMASSON), 335.
- Maniaque-dépressive (psychose). Etude des états chroniques (G. HALBERSTADT), 4.
- Médullaire (compression) par varices extra-duremériennes (ANDERSEN et DELLAERT), 490.
- Méiopragie psychique intermittente (Paul COURBON et J. CHAPOULAUD), 76.
- Méningiome frontal (NAYRAC et GUILLAUME), 485.
- diagnostic par ventriculographie (DAVID et THIBAUT), 821.
- Méningisme consécutif à la ponction lombaire (L. JUSTMAN), 338.
- Méningite tuberculeuse. Anatomie, étiologie, prophylaxie et traitement (A. RAVINA), 676.
- Méningo-encéphalite ourlienne mortelle (G. ANDRIEU et J. PASSA), 676.
- Mésocéphale (lipome du) chez un cheval (Ivan BERTRAND, BLANCHARD et Pierre SALLES), 320.
- Mineurs délinquants (rééducation des) (J. DUBLINEAU), 845.
- Moelle épinière. Ramollissement aigu (Th. ALAJOUANINE et Th. HORNET), 322.
- — — Syndrome de compression (HAUGENAU et GAUTHIER), 821.

Morgagni (syndrome de) (F. HEUSCHEN), 498.

Mouvements rotatoires autour de l'axe du corps en rapport avec les lésions pallidales et cérébelleuses (L. van BOGAERT et H. J. SCHERER), 838.

Mouvements sociaux actuels (conséquences psychopathiques des) (R. DUPOUY et M. LECONTE), 234.

Myélose tuberculotoxique bénigne (W. STERLING et M. WOLFF), 839.

Myoclonies rythmées. Lésions des noyaux dentelés (J. LHERMITTE et J. MOUZON), 486.

Myopathie semblable chez deux jumelles univittelines (André-THOMAS, PAISSEAU, M. et Mme E. SORREL), 485.

N

Narcose prolongée (cure par la) en psychiatrie (M. CLOETTA et H. W. MAIER), 332.

Neurinome latéro-bulbaire. Myoclonies vélo-palato-laryngées (E. de SAVITSCH et R. A. LEY), 664.

— de l'acoustique et arachnoïdite opto-chiasmatique (L. van BOGAERT, P. MARTIN et J. HELSMOORTE), 664.

Neuronite (J. DAGNÉLIE), 822.

Névrogliques (terminaison des fibres) (QUERCY et LACHAUD), 320, 821.

Névrose expérimentale induite par hypnose (Milton H. ERICKSON), 331.

— obsessionnelle (J. V. KANNABIKH), 828.

O

Observations. Feuille d'examen physique (Th. SIMON et M. ROUGEAN), 289.

Onanisme et spasmodie (Gilbert ROBIN), 673.

Opothérapie et troubles psychiques (Franco GRANONE), 337.

Ortosiphon Stamineus (l') dans les psychoses avec insuffisance hépatorenale (J. TRILLOT et P. RAUCOULES), 452.

Ostéoarthrites (les) au cours de la syphilis (B. DUJARDIN et FRIART), 489.

Ostéome frontal. Exophtalmie unilatérale (J. de BUSSCHER, L. van BOGAERT et THIENPONT), 663.

Ostéopsytrose. Coloration bleue des tympans (O. CROUZON), 319.

Oxycarbonée (intoxication). Délire de rêverie avec démence consécutive (DADAY, HEUYER et MATHON), 774.

P

Paracelse (la psychiatrie de) (R. ALLENDY), 825.

Paralysie unilatérale des 10 nerfs craniens droits ; syndrome de Garcin (MONIER-VINARD et BRUNEL), 321.

Paralysie générale et psychose maniaque-dépressive (R. ANGLADE, M. ROUGEAN et J. FRETET), 62.

— infantile évoluant malgré le traitement stovarsolique intense (L. MARCHAND, M. BRISSOT et P. DELSUC), 93.

— infantile avec hémiplégie (L. MARCHAND, Y. LONGUET et L. ANGLADE), 240.

— trois ans 1/2 après le chancre (L. MARCHAND, Y. LONGUET et L. ANGLADE), 243.

— Traitements actuels (A. SÉZARY), 328.

— juvénile (Pierre Loo), 448.

— Statistique de l'Admission de l'Asile clinique (Jacques DELMOND), 455.

— Obsession dentaire et automatisme masticateur (P. TOMESCO et S. CONSTANTINESCO), 494.

— Mélancolie avec conscience consécutive à une phase paranoïde, signe de rémission durable (Al. OBRÉGIA et I. CONSTANTINESCO), 495.

— Infantile et neurosyphilis familiale (J. DELMONT, Y. LONGUET et L. ANGLADE), 582.

— (sensibilité à la douleur dans la) (R. NYSEN et BUSSCHAERT), 661.

Paralytique (démence). Traitement par la tryparsamide (Harry C. SOLOMON et Samuel H. EPSTEIN), 328.

— Traitement par la malaria et autres formes thérapeutiques (H. C. SOLOMON et S. H. EPSTEIN), 329.

Paralytique général octogénaire impaludé à 70 ans (Christofro RIZZO), 329.

Paralytiques généraux à sérologie normale (DUJARDIN et G. VERMEYLEN), 253.

— Pyrétothérapie et réadaptation sociale (Wolfram KURTH), 329.

— (hérédité chez les), délirant après impaludation (H. MEYER), 494.

Paranoïa chez un intellectuel (CONREUR), 324, 488.

Parapragmatisme social et rêverie de compensation (Paul COURBON et Roger STORA), 590.

Pariétale (tumeur). Nystagmus clonique provoqué (J.-A. BARRÉ et Corino d'ANDRADE), 659.

Parkinsonisme encéphalitique chez une syphilitique (L. MARCHAND et G. DEMAY), 89.

Passionnelles (passions et psychoses) (V. LAGACHE), 827.

Pathologie humorale et neuro-psychiatrie (F. GEORGI), 502.

Pathomimie chez un débile vaniteux (J. FRETET et M. ROUGEAU), 575.

Pathomimiques (réactions) d'une débile (G. DAUMÉZON, G. FERDIÈRE et HADJI-DIMO), 579.

Pénitencier (la réforme) en Belgique (POLL), 341.

Persécutée sénile (Rythme verbal progressif jusqu'à la plainte chez une) (P. GUIRAUD, G. DAUMÉZON et G. FERDIÈRE), 603.

Pinéalome (J. de BUSSCHER), 490.

Pithiatique (boîterie). Torpillage. Guérison (L. MARCHAND, Y. LONGUET et Louis ANGLADE), 434.

Polycamphosulfonates (les) dans les états dépressifs (M. MONTASSUT et Mlle LEMAIRE), 336.

Ponction rachidienne. Traitement des accidents consécutifs (R. DANIS), 338.

Ponto-cérébelleux (Tumeur de l'angle) opérée en deux temps avec succès (PETIT-DUTAILLIS et SCHMIDT), 168.

Préfrontales (lésions). Contractures en flexion des mains et réflexe de préhension forcée (Maurice DIDE et PETIT), 653.

Prostigmine (Injection de) dans une myasthénie atypique (LARUELLE et MASSION-VERNIORY), 489.

Pseudo-sclérose de Westphal (Ludo van BOGAERT), 839.

Psychiatrie (la) aux Etats-Unis (C. Macfie CAMPBELL), 736.

— infantile (le « facteur temps » en) (M. TRAMER), 491.

Psycho-anémiques (les syndromes) (G. de MORSIER), 477.

Psychopolynévrite aiguë, rappelant le bériberi, chez un alcoolique chronique (J. AJURIAGUERRA et J. ROYER), 434.

Psychose hallucinatoire à évolution intermittente (E. MINKOWSKI et H. POLLNOW), 787.

Psychose périodique chez l'enfant (H. BARUK et Mlle Y. GEVAUDAN), 296 ; (G. HEUYER), 446.

Psychoses de motilité et psychoses amentielles (E. FÜNFELD), 666.

— épisodiques (Johannes SCHOTTKY), 832.

Pulmonaires (lésions) expérimentales d'origine nerveuse (J. TINEL, G. UNGAR et J. BRINCOURT), 501.

Pupillomètre (description d'un) (NAYRAC), 486.

Pyknolepsie chez les enfants (E. GLANZMANN et N. COPULSKY), 837.

Pyramidal (syndrome extra-) unilatéral avec hémiballisme (J. DAGNÉLIE), 823.

Pyrétothérapie soufrée et sels d'or dans certaines démences précoces (H. CLAUDE et J. DUBLINEAU), 333.

R

Ramsay Hunt (syndrome de) et polynévrite « cérébrale » méniérisiforme (L. STERLING et Mme I. KIPMAN), 499.

Réactions psychiques du type exogène. Syndrome des états terminaux (N. A. GOLDENBERG), 829.

Réactifs (états) aigus du bas âge (E. A. BLEY), 491.

Rétropulsion, marche à reculons et chute à la renverse (André-THOMAS), 484.

Rêve et jeu (F. SCHNEERSOHN), 831.

Rhumatisme cérébral. Formes subaiguës (J. SIMARRO), 676.

Rossolimo (signe de) (L. RIMBAUD, G. ANSELME-MARTIN et G. PARTELIDES), 322.

S

Schizophasique (syntaxe d'une) (Jean FRETET et Mlle PETIT), 777.

Schizophrènes (du rapport affectif avec les) (I. WYRSCH), 835.

Schizophrénie. Traitement (Virgilio CAMARDO PACHECO), 333.

— Traitement d'Ashner (Kenneth E. APPEL, CLIFFORD B. FARR et Francis Y. BRACELAND), 334.

— (la) greffée et la démence schizophrénique précoce (A. GLAUS), 833.

— (l'unité de la) (C. E. SOUKHAREVA), 833.

— (signes précoces de la) du bas âge (T. P. SIMON), 834.

— somatopsychique (Maurice BORN-SZTAJN), 834.

— Troubles pupillaires (Isodoro IMBER), 834.

— et tuberculose pulmonaire (N. BERLIN), 835.

— et diabète chez les Juifs (I. A. LIGTERINK et Ch. H. SIMONS), 835.

Schizose avec syndromes érotomaniaque et mystique (G. FERDIÈRE et J. FOTINEAU), 599.

Sclérodémie (pupillotonie dans un cas de) (ALAJOUANINE et MORAX), 168.

Sclérose en plaques avec néoformation pseudomédullaire (F. BERCHENKO), 499.

— — —. Etiologie (N. BLACKMAN), 669.

Sérothérapie antipoliomyélitique d'origine animale (A. PETIT), 341.

Société Médico-Psychologique. Liste des membres, 40.

— — —. Commissions des Prix, 107.

—, ELECTIONS. *Membres titulaires* : POMMÉ, BROUSSEAU, MARTIMOR, 108 ; P. ALLAMAGNY, J. VIÉ, G. VILLEY-DESMESERETS, 446.

—, *Membres correspondants nationaux* : P. MALE, 253 ; C. POTTIER, 446 ; BRIAU, 784.

—, *Membres associés étrangers* : COENEN, KRAFF, 608.

—, Augmentation de la cotisation, 782.

—, Frais de publication du *Bulletin*, 782.

—, Archives de la Société, 109.

—, Rapport pour le Prix Aubanel, 784.

Sommeil prolongé (cure par le) dans la schizophrénie (M. BOSS), 332.

Sonde (alimentation à la). Mort rapide par rupture de coronaire (Fr. ADAM et Ot. HANSCH), 129.

— (alimentation à la) suivie d'apoplexie gastrique (H. BARUK, P. FOUQUET, J. MATHEY et Mlle GEVAUDAN), 342.

Souffrée (huile) dans les psychoses (J. RONDEPIERRE), 810.

Spinal (Physiologie du nerf) (B. POMMÉ et J. DUGUET), 499.

Spirochète pâle (présence du) dans le système nerveux végétatif (M. BENVENUTI), 502.

Strangulation (guérison après) (R. KLEIN), 496.

Stratigraphie d'une tumeur de la base du crâne (J. FROMENT et P. BUFFÉ), 321.

Subordination nerveuse (mécanisme de la) (W. S. HOLBUT), 840.

Suicide exceptionnel (J. MAKOWIEC), 837.

Sulfochrysothérapie dans les états du type schizophrénique (J. DUBLINEAU), 285.

Sulfothérapie dans les formes chroniques de la démence précoce (PESE-RICO), 334.

Surdi-mutité (la) corticale de l'âge infantile (P. RANSCHBURG), 675.

Symphatique cervical (chirurgie du) (R. de PUYSELEYR), 500.

Syphilis (pyrexie antérieure à une) précédant de 3 ans l'apparition de troubles mentaux (J. DUBLINEAU), 626.

Syphilitiques (réagines) des liquides méningés (B. DUJARDIN et P. MARTIN), 489.

T

Tabétique (paralysie bulbaire chez une) (P. DIVRY), 822.

Taille petite (famille de). Illégitimité et débilité mentale (H. B. FANTHAM et Annie PORTER), 493.

Test psychologique de Rorschach. Applications cliniques (E. de AGUIAR WHITAKER), 827.

Thomas d'Aquin (La psychiatrie chez) (Paul KOPP), 826.

Torsion (syndrome de). Analyse génétique et clinique (J. A. BEILIN), 842.

« Tortiscapula » forme fruste de spasme de torsion (W. STERLING et J. PINCZEWSKI), 838.

Traitement spécifique dans les psychopathies à réactions humorales positives (H. BEAUDOUIN et G. DAUMÉZON), 560.

Traumatismes craniens. Accidents tardifs (PETIT-DUTAILLIS et SIGWALD), 322.

Trépanations décompressives dans les blocages ventriculaires (G. MILONE), 340.

Tryparsamide (traitement par la) de la paralysie générale (Harry C. SOLOMON et Samuel H. EPSTEIN), 328.

Tuberculose et maladies mentales (M. BLEULER et L. RAPOPORT), 494.

Tumeur cérébrale d'origine duremérienne à symptomatologie mentale (L. MARCHAND), 500.

U

Utilitarisme et hystérie (L. FROMENTY), 492.

V

Vagabondage (Médecine légale et sociale du) (J. ROUBINOVITCH et Mlle B. BUGNION), 844.

Van den Hove (maladie de) (LHERMITTE), 659.

Véronal. Cas d'intoxication mortelle (G. DEMAY et VEYRES), 260.

Vieillesse (les glandes endocrines et le cerveau dans la) (L. EINARSON et H. OKKELS), 501.

TABLE ALPHABETIQUE DES NOMS D'AUTEURS ⁽¹⁾

A

- ABÉLY (Xavier). *Discussion*, 606.
 ABÉLY (Xavier et Paul) et BALATRE. Dosage du brome dans le sang, 265.
 ADAM (Fr.) et HANSCH (Ot.). Mort rapide après alimentation à la sonde par rupture de coronaire, 129.
 —. *Discussion*, 152.
 ADLER (A.). Délinquance et psychologie individuelle, 822.
 AGUIAR-WHITAKER (E. de). Applications cliniques du test psychologique de Rorschach, 827.
 AJURIAGUERRA (J.) et ROYER (J.). Psycho-polynévrite aiguë, rappelant le héribéri chez un alcoolique chronique, 134.
 —. V. *Lhermitte*.
 ALAJOUANINE et MORAX. Pupillotonie dans un cas de sclérodémie, 168.
 — et HORNET. Le ramollissement aigu de la moelle, 322.
 — et HORNET. Œdème cérébro-méningé mortel après injection de lipiodol pour tumeur médullaire, 820.
 ALEXANDROWA (Mme P. S.). V. *Chorochko*.
 ALENDY (R.). La psychiatrie de Paracelse, 825.
 ALPERN (D.-E.) et TCHERNIKOF (V. V.). Les asymétries végétatives et les fonctions nutritives du système nerveux végétatif, 840.
 ALQUIER. Les douleurs en dehors de toute lésion neurologique, 167.
 AMAN-JEAN. V. *Lhermitte*.
 ANDERSEN et DELLAERT. Compression médullaire par varices extra-durémériennes, 490.
 ANDRADE (Corino d'). V. *Barré*.

- ANDRIEU (G.) et PASSA (J.). Méningo-encéphalite ourlienne mortelle, 676.
 ANGLADE (L.). V. *Marchand*.
 —. V. *Delmond*.
 ANGLADE (Roger), ROUGEAN (M.) et FRETET (J.). Paralyse générale et psychose maniaque-dépressive, 62.
 —. *Discussion*, 114, 133.
 ANSELME-MARTIN (G.). V. *Rimbaud*.
 APPEL (Kenneth E.), FARR (Clifford B.) et BRACELAND (Francis Y.). Le traitement d'Ashner dans la schizophrénie, 334.
 AUBIN. V. *Baruk*.

B

- BABONNEIX (L.), GRANET (H.) et SIGWALD (J.). Syndrome d'Adie chez une fillette, 821.
 BALATRE, V. *Abély*.
 BARDENAT. V. *Porot*.
 BARDIN (P.). V. *Villaret*.
 BARRÉ (J.-A.) et ANDRADE (Corino d'). Nystagmus clonique dans un tumeur pariétale, 659.
 BARUK (H.). *Discussion*, 132, 152, 165, 285, 614, 624, 804, 807, 808.
 —, AUBIN et SCHMITE. Crises nerveuses d'apparence névropathique dans un cas d'arachnoïdite, 140.
 — et GÉVAUDAN (Mlle Y.). La psychose périodique chez l'enfant, 296.
 —, FOUQUET (P.), MATHEY (J.) et GÉVAUDAN (Mlle). Apoplexie gastrique après alimentation à la sonde, 312.
 — et GÉVAUDAN (Mlle). Syndromes périodiques en dehors des états maniaques dépressifs, 641.

(1) Les chiffres en caractères **gras** correspondent aux MÉMOIRES ORIGINAUX et aux COMMUNICATIONS à la Société Médico-Psychologique.

- BAUER (E.), MARQUET (G.) et LARRIVE (P.). Effets du traitement insulini- que dans les états d'inhibition, 448.
—, *Discussion*, 151.
- BEAU. Syndrome de Brown-Séquard réactif par un zona, 659.
- BEAUDOUIN (H.), MARTIMOR (E.), LACAS- SAGNE (Mlle J.) et DEVALLET (J.). Dé- lire conjugal, 436.
— et DAUMÉZON (G.). Essai de traite- ment spécifique chez des psychopa- thes à réactions humorales positives, 560.
- BEAUSART (P.). Amnésie traumatique par transfixion mentale, 660.
- BÉHAGUE et MOTHON. L'anopsie des aviateurs, 319.
- BEILIN (J.-A.). Analyse génétique et cli- nique du syndrome de torsion, 842.
- BENDA (Cl.). Le diagnostic topographi- que des tumeurs du cerveau, 497.
- BENVENUTI (M.). La présence du spiro- chète pâle dans le système nerveux végétatif, 502.
- BERCHENKO (F.). Sclérose en plaques avec néoformation pseudomédullaire, 499.
- BERENSTEIN (J. V.). Epilepsie simple. Le caractère épileptique, 674.
- BERLIN (N.). Schizophrénie et tuber- culose pulmonaire, 835.
- BERNASIEWICZ (Vl.) et MESSING (Z.). La cysticercose cérébrale, 837.
- BERSOT (H.). Les malades mentaux des établissements psychiatriques suis- ses, 826.
- BERTRAND (Ivan), BLANCHARD et SALLES (Pierre). Lipome du mésocéphale chez un cheval, 320.
- BIELCHOWSKY (M.). V. *Bronwer*.
- BIEMOND (A.). Aphasie nucléaire et arhinencéphalie associées, 838.
- BINSWANGER (L.). Anthropologie. Psy- chologie, Psychopathologie, 825.
- BLACKMAN (N.). Etiologie de la sclérose en plaques, 669.
- BLANCHARD. V. *Bertrand*.
- BLEULER (M.) et RAPOPORT (L.). Tuber- culose et maladies mentales, 494.
- BLEY (E. A.). Etats réactifs aigus du bas-âge, 491.
- BLONDEL (Ch.). *Discussion*, 796.
- BOGAERT (Ludo van). L'encéphalite vac- cinale, 325.
—, SCHERER (Hans J.) et EPSTEIN (Emi- le). Forme cérébrale de cholestéri- nose généralisée, 485.
—, V. *Busscher*.
—, MARTIN (P.) et HELSMOORTEL. Neu- rinome de l'acoustique et arachnoï- dite optochéiasmatique, 664.
— et BORREMANS. Forme adulte de l'idiotie amaurotique familiale, 820.
- et SCHERER (H.-J.). Lésions palli- dales et cérébelleuses dans le syn- drome des mouvements rotatoires autour de l'axe du corps, 838.
- , La pseudo-sclérose de Westphal, 839.
- BONHOUR (A.). Définition de la confu- sion mentale, 829.
- BONNEFOUS-SÉRIEUX (Mme Hélène). La Charité de Senlis, 169.
- BORNSTAJN (M.). Schizophrénie soma- to-psychique, 834.
- BORREMANS. V. *Bogaert*.
- BOSS (M.). Cure par le sommeil pro- longé dans la schizophrénie, 332.
- BOURGUIGNON (Georges) et CHOURAQUI (Albert). Chronaxies vestibulaires et neuro-musculaires dans un cas d'idiotie amaurotique infantile, 321.
- BOUWDIJK-BASTIAENSE (van). Anatomie pathologique de l'encéphalite vacci- nale, 326.
- BRACELAND (Francis-Y.). V. *Appel*.
- BRINCOURT (J.). V. *Tinel*.
- BRISOT. *Discussion*, 67, 73, 133, 151.
—, V. *Marchand*.
— et MAILLEFER (J.). Catatonie pure chez un enfant de 16 ans, 279.
- BRONWER (B.), BIELCHOWSKY (M.) et HAMMER (E.). Hémicraniose, 500.
- BRUN (R.). Travaux de Freud en neu- rologie organique, 496.
- BRUNEL. V. *Monier-Vinard*.
- BUFFÉ (P.). V. *Froment*.
- BUGNION (Mlle B.). V. *Roubinovitch*.
- BUISSON (R.). V. *Hamel*.
- BURCKHARDT (G.). L'adresse manuelle chez les enfants arriérés, 837.
- BUSSCHAERT. V. *Nyssen*.
- BUSSCHER (J. de). Pinaléome, 490.
—, BOGAERT (L. van) et THIENPONT. Exophtalmie unilatérale dans un ostéome frontal, 663.

C

- CAMARDO PACHECO (Virgilio). Traite- ment de la schizophrénie, 333.
- CAMERON (E.-M.). V. *Josephson*.
- CAMPBELL (C. Macfie). Les tendances actuelles de la psychiatrie aux Etats-Unis, 736.
- CAPGRAS (J.) et DAUMÉZON (J.). Délires aigus primitifs, secondaires et inter- currents, 274.
— et NODET (Ch.-H.). Hallucination psychique à localisation auriculaire, unilatérale, 424.
- CHAPOULAUD (J.). V. *Courbon*.
- CHARPENTIER (René). *Discussion*, 67, 75, 134, 152, 153, 483, 652, 771, 777, 808.
—, *Allocution*, 405.

- CHAVANY (J.-A.) et KLEPETAR. Complications nerveuses de l'avortement criminel, 487. c
- et DAVID. Laminectomie dans une compression médullaire, 660.
- CHOROSCHKO (W.-K.), ALEXANDROWA (Mme P.-S.) et PIATNITSKAIA (L.-N.). Lysothérapie expérimentale dans la schizophrénie, 333.
- CHOURAQUI (Albert). V. Bourguignon.
- CLAUDE (Henri). *Discussion*, 255, 285.
- et DUBLINEAU (J.). Pyrétothérapie soufrée et sels d'or dans certaines démences précoces, 333.
- La codéinomanie, 783.
- Les délires de jalousie, 827.
- CLOETTA (M.) et MAIER (H.-W.). Cure par narcose prolongée en psychiatrie, 332.
- CODET (H.). *Discussion*, 472, 474.
- COLLET (Georges). *Discussion*, 133.
- CONRAD (K.). Hérédité et épilepsie, 841.
- CONREUR. Paranoïa chez un intellectuel, 324, 488.
- CONSTANTINESCO (I.). V. Obregia.
- CONSTANTINESCO (S.). V. Tomesco.
- COPULSKY (N.). V. Glanzmann.
- CORNIL (L.) et PAILLAS (J.). Syndrome de Duchenne-Erb au cours d'une métastase cervicale d'un épithélioma de l'ovaire, 487.
- COURBON (Paul). *Discussion*, 73, 99, 239, 246, 251, 257, 444, 602.
- et CHAPOULAUD (J.). Méiopragie psychique intermittente, 76.
- et STORA (Roger). Adénolipomatose diffuse et démence, 426.
- et DELMOND (J.). Virtuosité autodidactiques et hyperalgésie aux contacts sociaux, 461.
- et STORA (Roger). Parapragmatisme social et rêverie de compensation, 590.
- et CHAPOULAUD (J.). Hallucinations visuelles et unilatéralement auditives chez un alcoolique otopathe, 764.
- Hétérogenéité du comportement hallucinatoire, 792.
- et DELMOND. Anapopisme mental ou psychose, 797.
- CREAK (Mildred) et GUTTMANN (E.). Chorée, tics et crises convulsives, 673.
- CROUZON (O.). Coloration bleue des tympanes dans l'ostéopsytirose, 319.
- CUPCEA (S.). V. Preda.
- D**
- DADAY, HEUYER et MATHON. Délire de rêverie avec démence consécutive à une intoxication oxy-carbonée, 774.
- DAGNÉLIE. Encéphalopathie post-vaccinale, 326.
- , Neuronite, 822.
- , Syndrome extra-pyramidal latéral avec hémiballisme, 823.
- DANIS (R.). Traitement des accidents consécutifs à la ponction rachidienne, 338.
- DAUMÉZON (G.). Le délire d'intermétamorphose, 19.
- , V. Ferdière.
- , V. Capgras.
- , V. Beaudouin.
- , FERDIÈRE (G.) et HADJI-DIMO. Réactions pathomimiques d'une débile, 579.
- , V. Guiraud.
- DAVID. Hypertension paroxystique au cours d'une intervention sur la fosse cérébrale postérieure, 168.
- , V. Chavany.
- et THIBAUT. Diagnostic d'un méningiome par la ventriculographie, 821.
- DAVIDENKOF (S.-N.). Classification des formes d'affections héréditaires, 493.
- DELLAERT. V. Andersen.
- , L'intelligence chez les malades mentaux, 661.
- DELMAS (F.-Achille). Cyclothymie infantile, 71.
- , *Discussion*, 255, 436, 796.
- DELMOND (Jacques). Statistique de la paralysie générale à l'admission de l'Asile clinique, 455.
- , V. Courbon.
- , LONGUET (Y.) et ANGLADE (L.). Paralysie générale infantile et neurosyphilis familiale, 582.
- DELSUC (P.). V. Marchand.
- DEMAÏ (G.). V. Marchand.
- , *Discussion*, 132, 165.
- et VEYRES. Intoxication mortelle par le véronal, 260.
- DENDALE (R.). V. Gillot.
- DEREUX (J.). V. Vincent.
- DEROMBIES (Mlle Madeleine). Le régime des aliénés criminels et délinquants en Angleterre et en Ecosse, 202, 400, 536.
- DEVALLET (J.). V. Beaudouin.
- DIDE (M.). *Discussion*, 613.
- et PETIT (de Plouguenevel). Lésions préfrontales et réflexe de préhension forcée, 653.
- DIVRY et EVHARD. Catalepsie insulinaire réglable chez la souris, 324.
- , Paralysie bulbaire chez une tabétique, 822.
- DOLGO-SABOUROFF (B.). Les ganglions nerveux sur le cours des vaisseaux sanguins, 501.
- DOROLLE (P.). Delirium tremens déclamé par une injection d'arséno-benzène, 331.
- DUBLINEAU (J.). *Discussion*, 258, 285, 312, 651.
- , La sulfochrysothérapie dans les états du type schizophrénique, 285.

- V. *Claude*.
- Pyrexie, syphilis. Troubles mentaux consécutifs, 626.
- et TARBOURIECH. Confusion mentale périodique chez un enfant hérédosyphilitique, 629.
- et TARBOURIECH. Agitation confusionnelle chez un hérédosyphilitique, 632.
- Rééducation des mineurs délinquants, 845.
- DUCASTÉ. V. *Lhermitte*.
- DUGUET (J.). V. *Pommé*.
- DUJARDIN et VERMEYLEN (G.). Paralytiques généraux à sérologie normale, 253.
- et MARTIN (P.). Les réagines syphilitiques des liquides méningés, 489.
- et FRIART. Les ostéoarthrites au cours de la syphilis, 489.
- DUMAS (Georges). *Discussion*, 767, 795, 809.
- DUPOUY (R.) et LECONTE (M.). Conséquences psychopathiques des mouvements sociaux actuels, 234.

E

- EINARSON (L.) et OKKELS (H.). Les glandes endocrines et le cerveau dans la vieillesse, 501.
- EPSTEIN (Samuel-H.). V. *Solomon*.
- EPSTEIN (Emile). V. *Bogaert*.
- ERICKSON (Milton H.). Névrose expérimentale induite par hypnose, 331.
- EVARD. V. *Dirvy*.

F

- FÉTHAM (H.-B.) et PORTER (Annie). Famille de taille petite. Illégitimité et débilité mentale, 493.
- FARR (Clifford B.). V. *Appel*.
- FERDIÈRE (G.) et DAUMÉZON (G.). Syndrome catatonique puerpéral avec aréflexie, 82.
- V. *Tusques*.
- V. *Daumézon*.
- V. *Guiraud*.
- et FORTINEAU (J.). Schizose avec syndromes érotomaniaque et mystique, 599.
- FÉREY (Daniel). Epilepsie bravaï-jacksonienne par arachnoïdite guérie après intervention chirurgicale, 339.
- FEUILLET (Ch.). V. *Tusques*.
- FÈVRE (M.) et HUGUENIN (R.). Encéphalocèle de la racine du nez, 500.
- FINKELMAN (Isidore). Traitement de l'amaigrissement des psychoses, 336.
- FIORÉ (G.). V. *Roberti*.
- FONTAINE (R.). V. *Leriche*.

- FORTINEAU (J.). V. *Ferdière*.
- FORTUNESCO (C.). V. *Paulian*.
- FOUQUET (P.). V. *Baruk*.
- FREIBERGER (G. et M.). V. *Josephson*.
- FRETET (J.). V. *Anglade* (R.).
- et ROUGEAN (M.). Pathomimie chez un débile vaniteux, 575.
- Erotomanie. Délire de liaison flatteuse, 595.
- et PETIT (Mlle). Syntaxe d'une schizophasique, 777.
- FRIART. V. *Dujardin*.
- FRIBOURG-BLANC. *Discussion*, 256, 285, 288.
- , LASSALE et PASSA. L'acétylcholine dans l'épilepsie traumatique, 339.
- FRIENDLER (A.). V. *Marinesco*.
- FROEHLICH (F.). V. *Leriche*.
- FROMENT (J.) et BUFFE (P.). Stratigraphie d'une tumeur de la base du crâne, 321.
- FROMENTY (L.). Utilitarisme et hystérie, 192.
- FÜNFELD (E.). Les psychoses de mobilité et les psychoses amentielles, 666.

G

- GAUTHIER. V. *Haguenau*.
- GEHUCHTEN (van). Etude anatomo-clinique d'un cas d'encéphalite vaccinale, 327.
- GEORGI (F.). Neuro-psychiatrie et pathologie humorale, 502.
- GEVAUDAN (Mlle). V. *Baruk*.
- GILLOT (V.) et DENDALE (R.). Malaria-thérapie de la chorée de Sydenham, 330.
- GLANZMANN (E.) et COPULSKY (N.). Pyknolepsie des enfants, 837.
- GLAUS (A.). La schizophrénie greffée sur la démence précoce, 833.
- GODARD (Henri). Opérations sympathiques dans l'asthme grave, 340.
- GOLDENBERG (N.-A.). Syndrome des états terminaux des réactions de type exogène, 829.
- GOLSE (J.). V. *Pichard*.
- GOURIOU. *Discussion*, 473.
- GRAMONE (Franco). Opothérapie et troubles psychiques, 337.
- GRENET (H.). V. *Babonneix*.
- GROSS. Insuline et schizophrénie, 334.
- GUILLAUME. V. *Nayrac*.
- V. *Martel*.
- GUIRAUD. *Discussion*, 74, 114, 133, 165, 426, 602, 629, 651, 767, 771.
- Les hallucinations, 475.
- , DAUMÉZON (G.) et FERDIÈRE (G.). Rythme verbal chez une persécutée sénile, 603.
- Théorie des écrans sensoriels et hallucination, 618.
- GUTTMANN (E.). V. *Creak*.

H

- HADJI-DIMO. V. *Daumézou*.
 HAGUENAU et GAUTHIER. Compression de la moelle par cypho-scoliose, 821.
 —. V. VILLARET.
 HALSBERTADT (G.). Etude des états chroniques de la psychose maniaque-dépressive, 1.
 HALPERN (L.). Syndrome des tumeurs frontocalleuses, 497.
 HAMEL (J.) et BUISSON (R.). Traitement par la cholestérine en milieu asilaire, 27.
 —. *Discussion*, 804.
 HAMMER (E.). V. *Bronwer*.
 HANSCH (Ot.). V. *Adam*.
 HARTMANN. V. *Monier-Vinard*.
 HELSMOORTEL (J.). V. *Bogaert*.
 HEUCQUEVILLE (Georges d') et LEGRY (Pierre). Statistique des services hospitaliers de neuro-psychiatrie infantile de Doulon et la Villette, 145.
 — et LECLERCQ (Charles). Biologie du brome encéphalique : expérimentation du dibromocholestérol, 153.
 HEUSCHEN (F.). Le syndrome de Morgagni.
 HEUYER (G.). La psychose périodique chez l'enfant 446.
 —. V. *Daday*.
 HIRSZFELD (Mme H.). L'hérédité et la loi de stérilisation, 842.
 HOLOBUT (W.-S.). Mécanisme de la subordination nerveuse, 840.
 HORNET (Th.). V. *Alajouanine*.
 HORSE (van der). V. *Sanders*.
 HOSKINS (R. C.). V. *Looney*.
 HOVEN. La criminalité féminine, 824.
 HUGUENIN (R.). V. *Fèvre*.

I

- IMBER (Isodoro). Les troubles pupillaires de la schizophrénie, 834.

J

- JANET. *Discussion*, 482.
 JASSINSKI (V.-P.). Troubles de la conscience chez les épileptoïdes et les épileptiques, 674.
 JOSEPHSON, CAMERON (E.-M.) et FREIBERGER (G. et M.). L'amaigrissement par le dinitrophénol, 335.
 JUSTMAN (S.). Méninisme consécutif à la ponction lombaire, 338.

K

- KANNABIKH (J.-V.). Les états dits de « névrose obsessionnelle », 828.
 KARBOWSKI (B.). Le lipiodol dans les abcès de l'encéphale, 339.

- et MESZ (N.). Abcès du cerveau d'origine auriculaire, 498.
 KIPMAN (Mme I.). V. *Sterling*.
 KLAESI (Jacob). Orientation moderne de la clinique psychiatrique universitaire suisse, 843.
 KLEIN (R.). Guérison après strangulation, 496.
 KLEPETAR. V. *Chavany*.
 KOKKEN. Etude anatomo-clinique d'un cas d'encéphalite vaccinale, 327.
 KOPP (Paul). La psychiatrie chez Thomas d'Aquin, 826.
 KORTENHORST (C.-T.). V. *Sanders*.
 KRZEMIUSKI (M.). Cyoticerose du système nerveux central, 838.
 KURTH (Wolfram). Réadaptation sociale des paralytiques généraux traités par la pyrétothérapie, 329.

L

- LACASSAGNE (Mlle). V. *Mignot*.
 —. V. *Beaudouin*.
 LACHAUD. V. *Quercy*.
 LAGACHE. *Discussion*, 74.
 —. Passions et psychoses passionnelles, 827.
 LARRIVE (P.). V. *Bauer*.
 LARUELLE et MASSION-VERNIORY. Injection de prostigmine dans une myasthénie atypique, 489.
 LASSALE. V. *Fribourg-Blanc*.
 LECLERCQ (Charles). V. *Heucqueville*.
 LECONTE (M.). V. *Dupouy*.
 LEGRY (Pierre). V. *Heucqueville*.
 LEMAIRE (Mlle). V. *Montassut*.
 LEONARDON. V. *Porot*.
 LEONHARD (Karl). Les « états crépusculaires épisodiques », 831.
 LERICHE (R.), FONTAINE (R.) et FROELICH (F.). Expérimentation et clinique de l'énervation sinu-carotidienne, 340.
 LEROY (Raoul). *Discussion*, 152.
 LÉVY-VALENSI. *Discussion*, 64, 444.
 LEY (Aug.) et WAUTHIER (M.-L.). Mesure de l'intelligence par les tests chez l'étudiant, 353.
 LEY (R.-A.). V. *Savitsch*.
 LHERMITTE (J.) et DUCOSTÉ. Syndrome bulbaire avec troubles du schéma corporel consécutif à une commotion violente. Rôle des lésions vestibulaires, 166.
 —, THIBAUT et AJURIAGUERRA. Les lésions encéphaliques de l'électrocution, 167.
 — et MOUZON (J.). Type tardif et aberrant de la maladie de Charcot-Marie, 168.

- et AMAN-JEAN. Hyperthermie et pithiatisme, 319.
- Syndrome d'Adie, migraines, dysmétrie faciale, 320.
- et MOUZON (J.). Myoclonies rythmées. Lésions des noyaux dentelés, 486.
- Maladie de van den Hoeve, 659.
- LIGTERINK (I.-A.) et SIMONS (Ch.-I.). Schizophrénie et diabète chez les Juifs, 835.
- LONGUET (Y.). V. *Marchand*.
- V. *Delmond*.
- LOO (Pierre). Paralyse générale juvénile, 448.
- LOONEY (J.-M.) et HOSKINS (R.-C.). Traitement de la schizophrénie par le dinitrophénol et le 3. 5. dinitro-ortho-crésol, 335.
- LOVERDO (G. de). Les glandes endocrines du point de vue neuro-psychiatrique, 394.
- LUPU (E.). V. *Moruzi*.

M

- MAGE (J.). Encéphalo-myélite vaccinale chez un adulte, 325.
- MAIER (H.-W.). V. *Cloetta*.
- MAILLEFER (J.). V. *Brissof*.
- MAKOWIEC (J.). Suicide exceptionnel, 837.
- MALKIN (P.-F.). Les types exogènes de réactions mentales dans la malaria-thérapie, 330.
- MARCHAND (L.). *Discussion*, 82, 251, 256, 444, 586, 776.
- , LONGUET (Y.) et ANGLADE (L.). Hyperalbuminose chez un hébéphrénique, 86.
- et DEMAY (G.). Syndrome parkinsonien encéphalitique chez une syphilitique, 89.
- , BRISSOT (M.) et DELSUC (P.). Paralyse générale infantile évoluant malgré le traitement stovarsolique, intense, 93.
- , LONGUET (Y.), et ANGLADE (L.). Paralyse générale infantile avec hémiplégié, 240.
- , LONGUET (Y.) et ANGLADE. Paralyse générale survenant 3 ans 1/2 après le chancre, 243.
- , LONGUET et ANGLADE. Boiterie pithiatique. Torpillage. Guérison, 434.
- Tumeur cérébrale d'origine dure-mérienne à symptomatologie mentale, 500.
- V. *Petit (Gabriel)*.
- La démence sénile sans athérome cérébral, 689.
- Aphasie sensorielle et épilepsie post-traumatique, 768.
- MARINESCO (G.), SAGER (O.) et FRIENDLER (A.). Electrencéphalographie, 496, 497.
- MARQUET (G.). V. *Bauer*.
- MARTEL (Th. de) et GUILLAUME. Ablation du ganglion étoilé chez un hémiplégié, 486.
- MATHEY (J.). V. *Baruk*.
- MATHON. V. *Daday*.
- MARTIN (P.). Présentation de malades, 823, 663.
- V. *Dujardin*.
- V. *Bogaert*.
- MARTIMOR (E.). V. *Beaudouin*.
- MASSION-VERNIORY. V. *Laruelle*.
- MAZURKIEWICZ (J.). Arrêt du développement psychique, 336.
- MEERLOO (A.-M.). Le fait d'halluciner, 830.
- MESSING (Z.). V. *Bernasiewicz*.
- MESZ (N.). V. *Karbowsky*.
- MEUNIER. Encéphalite vaccinale, 326.
- MEYER (H.). Hérité chez les paralytiques généraux délirants après impaludation, 494.
- MIGNOT et LACASSAGNE (Mlle). Syndrome de Cotard guéri chez une jeune fille de 20 ans, 246.
- MILONE (G.). Trépanations décompressives dans les blocages ventriculaires, 340.
- MINKOWSKI (E.). Problème des hallucinations, 608.
- *Discussion*, 623, 805.
- et POLLNOW (H.). Psychose hallucinatoire à évolution intermittente, 787.
- L'assistance de l'enfance anormale, 843.
- MISROUKHINE (I.-A.). V. *Savilenski*.
- MONIER-VINARD et HARTMANN. Syndrome d'Adie, 168.
- et BRUNEL. Paralyse unilatérale des 10 nerfs crâniens droits ; syndrome de Garcin, 321.
- MONIZ (Egas). Essai d'un traitement chirurgical de certaines psychoses, 338.
- MONTASSUT (M.) et LEMAIRE (Mlle). Traitement des états dépressifs par les polycamphosulfonates, 336.
- MORAX. V. *Atajouanine*.
- MORGENTHAUER (W.). Le personnel des asiles d'aliénés en Suisse, 842.
- MORSIER (G. de). Les syndromes psycho-anémiques, 177.
- Les automatismes visuels, 829.
- MORUZI (A.) et LUPU (E.). Fracture du crâne. Hématome du centre ovale, 339.
- MOTHON. V. *Behague*.
- MOUZON (J.). V. *Lhermitte*.
- MUNN (Charlotte). L'insuline dans la stupeur catatonique, 335.

N

- NAYRAC et GUILLAUME. Méningiome frontal, 485.
 —. Description d'un pupillomètre, 486.
 NIGRIS (Giovanni de). Hypertonie paroxystique tardive dans les blessures du lobe frontal, 498.
 NODET (Ch.-H.). V. *Capgras*.
 NYSSEN (Fr.). Le régime des aliénés dans quelques pays d'Europe, 323.
 — et BUSSCHAERT. La sensibilité à la douleur dans la paralysie générale, 661.

O

- OBREGIA (Al.) et CONSTANTINESCO (I.). Mélancolie avec conscience consécutive à un état paranoïde, signe de rémission durable dans la paralysie générale, 495.
 —. La cyclophrénie, 495.
 ODOBESCO (Grégoire-I.). Cyclophrénie familiale, 495.
 OKKELS (H.). V. *Einarson*.
 OLIVIERS. Traitement des déséquilibres, 824.
 OVERHOLSER (Winfred). Historique et application de la Loi Briggs, 343.

P

- PAILLAS (J.). V. *Cornil*.
 PAISSEAU. V. *Thomas*.
 PARTELIDES (G.). V. *Rimbaud*.
 PASSA. V. *Fribourg-Blanc*.
 —. V. *Andrien*.
 PAULIAN (D.), FORTUNESCO (C.) et TUDOR (M.). Statistique de la malaria-thérapie de la syphilis nerveuse à Bucarest en 1935, 330.
 PÉRON (Noël). *Discussion*, 265.
 PESERICO. Sulfothérapie dans les formes chroniques de la démence précoce, 334.
 PETIT (Gabriel) et MARCHAND (L.). Encéphalite aiguë toxique expérimentale, 675.
 PETIT (Georges). *Discussion*, 251, 603, 650, 776.
 PETIT (Mlle). V. *Fretet*.
 PETIT (de Plouguenevel). V. *Dide*.
 PETIT-DUTAILLIS et SCHMIDT. Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux opérée en deux temps avec succès, 168.
 — et SIGWALD. Accidents tardifs des traumatismes crâniens, 322.
 PÉTRI (F.). L'interprétation non hallucinatoire, 172.

- PETTIT (A.). Sérothérapie antipoliomyélitique d'origine animale, 341.
 PIATNITSKAIA (L.-N.). V. *Chorochko*.
 PICARD. *Discussion*, 651.
 PICHARD (H.) et GOLSE (J.). Maladie de Lobstein avec troubles mentaux, 586.
 PICHON (Edouard). Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent, 668.
 PINCZEWSKI (J.). V. *Sterling*.
 PISK (Gerhart). La dipsomanie chez les femmes, 828.
 POLINKOWSKI (S.-I.). L'épilepsie sur fond constitutionnel hétérotypique, 674.
 POLL. La réforme pénitentiaire en Belgique, 341.
 POLLNOW (H.). V. *Minkowski*.
 POMMÉ (B.). *Discussion*, 473.
 — et DUGUET (J.). Physiologie du nerf spinal, 499.
 —. Engagement dans l'armée métropolitaine des pervers instinctifs en temps de paix, 845.
 POROT (A.), BARDENAT et LEONARDON. Rapports de l'hallucination et du délire, 753.
 PORTER (Annie). V. *Fantham*.
 PREDÁ (G.), STOENESCU (T.) et CUPCEA (S.). Etude psychologique de la démence, 836.
 —. Organisations psychiatriques de la Transylvanie, 843.
 PRETS (G.-P.). La famille AB, 842.
 PUYSELEYR (R. de). Chirurgie du sympathique cervical, 500.

Q

- QUERCY et LACHAUD. Terminaison des fibres névrogliques, 320, 821.

R

- RABITZ (W.). La démence infantile, 492.
 RANSCHBURG (P.). La surdi-mutité corticale de l'âge infantile, 675.
 RAPOPORT (L.). V. *Bleuler*.
 RAUCOULES (P.). V. *Trillot*.
 RAVIART. *Discussion*, 808.
 RAVINA (A.). Anatomie, étiologie, prophylaxie et traitement de la méningite tuberculeuse, 676.
 RAYNEAU. *Discussion*, 239, 246.
 RICHARD (Abel). L'inhibition cardiaque, 670.
 RIMBAUD (L.), ANSELME-MARTIN (G.) et PARTELIDES (G.). Le signe de Rossolimo, 322.
 RIVOIRE (R.). Traitement de la maladie d'Addison, 341.

RIZZI (Cristoforo). Paralytique général octogénaire impaludé à 70 ans, 325.
 ROBERTI (E.) et FIORE (G.). Emotions et états psychopathiques, 828.
 ROBIN (Gilbert). Onanisme et spasmodophilie, 673.
 RONDEPIERRE (J.). *Discussion*, 288.
 —. Psychoses traitées par l'huile soufrée, 810.
 ROOD (E.-S.). Les émotions localisées dans l'épilepsie, 675.
 ROTTMANN (A.). La dystrophie musculaire progressive. Pathogénie et hérédobiologie, 839.
 ROUBINOVITCH (J.) et BURNION (Mlle B.). Médecine légale et sociale du vagabondage des garçons, 844.
 ROUGEAN (M.). V. *Anglade (R.)*.
 —. V. *Simon*.
 —. V. *Fretet*.
 ROUGEAN (Raymond et Marcel). Anorexie mentale et hypophyse, 634.
 ROUSSET (S.). Le syndrome moteur catatonique, 667.
 ROGER (J.). V. *Ajuriaguerra*.

S

SAGER (O.). V. *Marinesco*.
 SALLES (Pierre). V. *Bertrand*.
 SANDERS (J.), HORST (van der), WESTERTERP (M.) et KORTENHORST (C.-T.). Le problème de la castration en Hollande, 671.
 SANDOR (Giorgio). La géno-cutiréaction et les centres végétatifs encéphaliques, 840.
 SAVILENSKY (I.-J.) et MISROUKHINE (I.-A.). Typologie des psychopathies épileptoïdes, 830.
 SAVITSCH (E. de) et LEY (R.-A.). Myoclonies vélo-palato-laryngées par neurinome latéro-bulbaire, 664.
 SCHARFETTER (H.) et SEEGER (Th.). Clinique des crises cataleptiques, 673.
 SCHERER (Hans.-J.). V. *Bogaert*.
 SCHLESINGER (E.). Développement physique, morphologie, aptitudes intellectuelles et caractère pendant l'âge scolaire, 452.
 SCHMIDT, V. *Petit-Dutailis*.
 SCHMITE, V. *Baruk*.
 SCHNEERSOHN (F.). Rêve et jeu, 831.
 SCHOTTKY (Johannes). Des psychoses épisodiques, 832.
 SCHUIND (G.). Etude du droit pénal, 343.
 SEEGER (Th.). V. *Scharfetter*.
 SEMPAN (J.-A.) et VALENCIANO (L.). Le problème de la contagion naturelle de la malaria inoculée, 330.
 SÉZARY (A.). Traitements actuels de la paralysie générale, 328.

SIGWALD (J.). V. *Petit-Dutailis*.
 —. V. *Babonneix*.
 SIMARRO (J.). Les formes subaiguës du rhumatisme cérébral, 676.
 SIMON (Th.) et ROUGEAN (M.). Feuille d'examen physique, 289.
 SIMONS (Ch.-H.). V. *Ligterink*.
 SIMSON (T.-P.). Les signes précoces de schizophrénie du bas âge, 834.
 SJÖGREN (Forsten). L'arriération avec cataracte congénitale, 675.
 SJÖNALL (Bertil). La dystrophie musculaire progressive, 669.
 SLIVKO (I.-M.). Forme circulaire de la psychose épileptique, 839.
 SOLOMON (Harry-C.) et EPSTEIN (Samuel-H.). Démence paralytique. Traitement par la tryparsamide, 328 ; — par la malaria associée aux autres formes thérapeutiques, 329.
 SORREL (M. et Mme E.). V. *Thomas*.
 SOUKHAREVA (C.-E.). Unité de la schizophrénie, 833.
 SOUKES. Agueusie au cours d'un purpura hémorragique, 821.
 STERLING (L.) et KIPMAN (Mme I.). Le syndrome de Ramsay Hunt et la polynévrite « cérébrale » méniériforme, 499.
 STERLING (W.) et PINCZEWSKI (J.). « Tortiscapula », forme fruste de spasme de torsion, 838.
 — et WOLF (M.). Myélose tuberculeuse toxique bénigne, 839.
 STOENESCU (T.). V. *Preda*.
 STORA (Roger). V. *Courbon*.

T

TARBOURIECH, V. *Dublineau*.
 TCHEHRAZI (E.). Image de soi, 171.
 TCHERNIKOF (V.-V.). V. *Alpern*.
 THIBAUT, V. *David*.
 —. V. *Lhermitte*.
 THIENPONT, V. *Busscher*.
 THOMAS (André). Rétropulsion, marche à reculons et chute à la renverse, 484.
 —, PAISSEAU et SORREL (M. et Mme E.). Myopathie semblable chez deux jumelles univitellines, 485.
 TINEL (J.), UNGAR (G.) et BRINCOURT (J.). Lésions pulmonaires expérimentales d'origine nerveuse, 501.
 —. Réalité physiologique de certaines anesthésies hystériques, 659.
 TOMASSON (Helgi). Nouveaux essais de traitement des états maniaque-dépressifs, 335.
 TOMESCO (P.) et CONSTANTINESCO (S.). Obsession dentaire et automatisme masticateur dans la paralysie générale, 494.

- TRAMER (M.). Le « facteur temps » en psychiatrie infantile, 491.
 TRILLOT (J.). et RAUCOULES (P.). L'orthosiphon stamineux dans les psychoses avec insuffisance hépatorénale, 452.
 TUDOR (M.). V. *Paulian*.
 TUSQUE (J.) et FEUILLET (Ch.). Troubles psychiques et chorée de Huntington, 409.
 — et FERDIÈRE (Gaston). Syndrome d'action extérieure érotomaniaque, 114.
 —. *Discussion*, 133, 473, 804, 807.

U

- UNGAR (G.). V. *Tinel*.

V

- VALENCIANO (L.). V. *Sempau*.
 VALLADE (Louis). La leucoplasie buccale chez les paralytiques généraux, 638.
 VERMEYLEN (G.). V. *Dujardin*.
 —. L'intelligence chez les malades mentaux, 488.
 —. L'excitation sexuelle au cours des états anxieux, 824.
 VERVAECK (Louis). Loi de défense sociale à l'égard des anormaux, 342.
 —. Anormaux et défense sociale, 513.
 VERVAECK (Paul). Délinquance et criminalité de l'enfance, 844.
 VEYRES. V. *Demay*.
 VIÉ (J.). Nature et certitude hallucinatoire et étude analytique des hallucinations, 614.
 —. *Discussion*, 624.

- VILLARET (Maurice), HAGUENAU (J.) et BARDIN (P.). Hémiplegie et gangrène des extrémités paralysées, 658.
 —, HAGUENAU (J.) et BARDIN. Hallucinoïse chez un acromégale syphilitique, 660.
 VILLEY (G.). *Discussion*, 265.
 —. Le syndrome hystéro-épilepsie, 386.
 VINCENT (Clovis-) et DEREUX (J.). Gliome frontal gauche. Résection du lobe frontal, 322.
 —. Conséquences nerveuses de la ligation de l'artère carotide, 485.
 VINCHON (J.). L'hématoporphyrine dans les syndromes dépressifs, 336.
 VURPAS (Cl.). *Allocution*, 100.
 —. *Discussion*, 472, 796.

W

- WAUTHIER (M.-L.). V. *Ley*.
 WESTERTEP (M.). V. *Sanders*.
 WEYGANDT (W.). L'arriération intellectuelle, 665.
 WIRSZUBSKI (A.). Psychose hystérique, 830.
 WOLFF (M.). V. *Sterling*.
 WUTH (O.). Hérité des toxicomanes, 841.
 WYRSCH (I.). Rapport affectif avec les schizophrènes, 835.

Y

- YODINE. Cycles constitutionnels et « polyhybride » dans l'hérédité des psychoses, 493.

Z

- ZUCKERMANN (C.). La cordotomie latérale, 340.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ÉTATS CHRONIQUES DE LA PSYCHOSE MANIAQUE DÉPRESSIVE

PAR

G. HALBERSTADT

Nous avons étudié ici-même, en 1930, les formes cliniques anormales de la psychose maniaque dépressive (1). Nous voudrions nous occuper aujourd'hui de ces cas, moins rares qu'on le pense, dans lesquels les accès de cette psychose passent à la chronicité. Il importe d'ailleurs de ne pas confondre ce terme avec celui d' incurabilité. Nous sommes, à ce point de vue, de l'avis de Laignel-Lavastine et Vinchon qui, à propos précisément de la manie « chronique », rappellent la définition de ce terme donnée par Littré : « Se dit des maladies qui parcourent lentement leurs périodes » (2).

On sait que si la notion de psychose maniaque dépressive telle que nous l'avons maintenant due à Kræpelin, ce sont les travaux de J.-P. Falret et Baillarger sur la folie circulaire et

(1) *Annales Médico-Psychologiques*, février 1930, p. 117.

(2) LAIGNEL-LAVASTINE et VINCHON. — La manie chronique. *Annales Médico-Psychologiques*, mars 1921.

à double forme complétés par la communication de Magnan au Congrès de 1890 (1) qui sont à la source même de cette notion, ainsi d'ailleurs que l'a reconnu Kræpelin lui-même (2). Il n'y a pas lieu de nous arrêter ici sur les vicissitudes subies par cette notion de psychose maniaque dépressive. On en est arrivé à cette conclusion qu'il n'existe, sauf des exceptions négligeables, que deux catégories de vésanies : la schizophrénie et la psychose maniaque dépressive, cette dernière constituée par des accès qui, contrairement à ce qui se passe dans la schizophrénie, ont une tendance à guérir d'une manière « quasi-constante, et cela assez rapidement. Cette conception simpliste et schématique ne correspond pas à la réalité des faits. Plusieurs auteurs ont déjà mis en garde contre cette schématisation excessive. Citons seulement quelques opinions.

J. Lange insiste sur cette circonstance que les phases de la folie circulaire peuvent durer de « longues années » et qu'il y a des manies qui ne guérissent qu'au bout de plusieurs années... quand elles ne se transforment pas en mélancolie (3). Kretschmer, dans sa préface à un livre de Mauz (4), déclare que bien souvent les états maniaques ou dépressifs deviennent chroniques et ne peuvent guère être distingués des vieilles schizophrénies ; en revanche, des poussées catatoniques peuvent guérir ou récidiver périodiquement sans amener de destruction profonde de la personnalité. Rouart enfin (5), dans sa thèse si remarquable à tant d'égards et sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir, écrit ces lignes en ce qui concerne les deux grandes classes en question : « Si l'opposition de leurs types extrêmes va jusqu'à ne leur laisser aucun caractère de ressemblance et reste chose admise, il est une foule d'états pathologiques dont l'intégration à l'un de ces types reste problématique. » Sans aller aussi loin, nous pensons cependant qu'il existe effectivement des cas atypiques et qui ont une grande importance pratique et doctrinale. Ceux dans lesquels les accès maniaques, dépressifs ou mixtes ont une durée particulièrement longue sont de ce nombre et méritent de fixer l'attention du clinicien.

Il nous faut étudier tout d'abord dans quelles conditions apparaît la chronicité au cours des psychoses maniaques dépressives.

(1) MAGNAN. — Recherches sur les centres nerveux, 1893, p. 497.

(2) KRAEPELIN. — *Traité*, 8^e éd., 1913, 3^e volume.

(3) J. LANGE. — Psychose maniaque-dépressive. *Traité de Bumke*, 1928, 6^e volume.

(4) MAUZ. — *Die Prognostik d. endogenen Psychosen*, 1930.

(5) ROUART. — Psychose maniaque-dépressive et folies discordantes. *Thèse*, Paris, 1935.

Il existe des cas qu'on peut qualifier de « chroniques d'emblée ». Tel celui de Pfeilschmidt (1) : début à l'âge de 14 ans par un état dépressif d'une durée de 10 ans, suivi d'un état mixte auquel succède enfin un état d'hypomanie chronique. Rehm signale d'autre part la possibilité de formes « subchroniques », surtout chez des personnes âgées et mélancoliques, dont certaines dureraient plus de vingt ans (2).

Une question importante est celle des intervalles lucides dans leurs rapports avec la durée des accès. Magnan estimait — et aujourd'hui tout le monde lui donne raison — que l'intervalle entre deux accès était, au début de la maladie, dépourvu de tout symptôme morbide, mais que cet état de choses se modifiait ultérieurement. Ces lignes méritent d'être rappelées : « L'intermittence évolue en raison inverse de l'accès : tandis que celui-ci s'accroît, s'allonge avec les progrès de la maladie, l'intermittence diminue, se raccourcit. Au début, l'intermittence habituellement très longue s'accompagne de l'intégrité complète de l'intelligence..., avec la répétition et la prolongation des accès quelques modifications interviennent. » C'est ainsi que s'installe peu à peu un état chronique sur lequel d'ailleurs nous reviendrons plus tard. La manière de voir de Kræpelin est sensiblement la même : les premiers accès ne durent en général pas plus de quelques mois, puis ils deviennent plus longs et même en quelque sorte subintrants.

Certains auteurs ont essayé de dégager des éléments de pronostic pour la chronicité des phases de la folie intermittente. C'est ainsi que Reboul-Lachaux et Bouyer (3) estiment qu'après deux à trois ans d'évolution ce pronostic s'appuiera « sur l'absence d'intervalles parfaitement normaux, sur la monotonie du tableau clinique, sur la modération des symptômes et parfois sur l'apparition de stéréotypies, de discordance, d'automatismes. » Un point important à considérer est la question de l'âge. Hamel et Vernet (4) insistent sur la fréquence du début de la manie chronique à l'âge mûr et Fattovich (5) a publié un cas avec début à 52 ans et terminaison 14 ans plus tard par la

(1) PFEILSCHMIDT. — Ueber einen Fall von chron. Manie. *Archiv. f. Psychiatrie*, 1920, vol. 62, p. 560.

(2) REHM. — *Das manisch-melancholische Irresein*, 1919.

(3) REBOUL-LACHAUX et BOUYER. — Note sur le pronostic de chronicité au cours des états maniaques-dépressifs. *Congrès de Bordeaux*, 1931.

(4) HAMEL et VERNET. — Contribution à l'étude de la manie chronique. *Encéphale*, 1921, pp. 515 et 596.

(5) FATTOVICH. — Considerazioni cliniche su un caso di pricosi man. depressiva insorta nell' età à involutiva. *Riv. sperim.*, 1932, vol. 56.

guérison complète. On peut citer, dans le même ordre d'idées, l'opinion de Von Hosslin (1), qui considère que le pronostic doit être réservé lorsque les premiers accès surviennent après la quarantaine. Il devient plus défavorable si un de ces accès dure plus de cinq ans et s'aggrave encore davantage au cas où après la rétrocession des phénomènes aigus persiste un certain degré d'indifférence affective. Nous croyons, pour notre part, que l'hérédité dégénérative joue ici un certain rôle, de même que nous croyons à son influence en ce qui concerne les formes graves de la folie périodique en général.

La plus étudiée de toutes les formes cliniques que revêtent les états maniaques dépressifs chroniques est la manie chronique proprement dite. Elle peut succéder à une manie périodique. Ces cas seraient assez rares d'après Pilcz (2), qui cite notamment ceux rapportés dans la thèse de Barthomeuf (3). Lange parle de la possibilité d'accès prémonitoires à caractère nettement circulaire, tels que les a décrits jadis Schott (4). En règle générale, la manie chronique survient « d'emblée », constituant en somme le passage à la chronicité d'une affection habituellement aiguë et curable. Cela est si vrai que Hamel et Vernet ont pu dire : « Les cas de manie chronique d'emblée sont à la fois les plus légitimes et les plus fréquents. »

L'existence d'états maniaques chroniques est connue de longue date. Magnan, dans ses leçons sur la manie (5), déclare que celle-ci peut durer parfois très longtemps et être suivie de guérison et il ajoute : « Jamais il n'est permis au médecin de désespérer en pareille circonstance. » On sait par contre que l'apparition de symptômes d'affaiblissement intellectuel signifiait pour lui l'incurabilité et la démence terminale. Pour Kræpelin aussi la manie peut durer longtemps, parfois « dix ans ». Citons encore quelques autres aliénistes, avant d'aborder l'étude des particularités symptomatologiques de cette forme : Leroy et Beaudoin (6), Leroy et Rubenovitch (7), qui rapportent deux cas

(1) VON HOSSLIN. — Beitrag. z. Kenntnis d. Verlaufes u. Ausgangs d. M.D. Irreseins. *Centralblatt f. Nervenheilkunde*, 1909, vol. 32, t. II, p. 823.

(2) PILCZ. — Die period. Geistesstörungen, 1901.

(3) BARTHOMEUF. — Considérations sur les folies intermittentes. *Thèse de Paris*, 1888.

(4) SCHOTT. — Klin. Beitrag z. Lehre von d. ehfr. Manie. *Monatschrift f. Psychiatrie*, 1905, vol. 15, p. 1.

(5) MAGNAN. — La manie. *Leçons cliniques*, 1893, p. 380.

(6) LEROY et BEAUDOIN. — Un cas de manie chronique. *Société Clinique de médecine mentale*, janvier 1914.

(7) LEROY et RUBENOVITCH. — Manie chronique atypique. *Société médico-psychologique*, avril 1932.

(mère et fille), Leroy, Rubenovitch et Trelles (1), Godard (2), Deron (3), qui dans un travail fait sous l'inspiration de Ségla's où il élargit d'ailleurs beaucoup la notion de manie écrit : « Un accès maniaque peut se prolonger anormalement ou devenir chronique. » Il n'est pas inutile de mentionner que certains auteurs ont voulu lier les psychoses que nous avons ici en vue à l'alcoolisme. C'est ainsi que déjà Siefert a publié un cas dans lequel l'intoxication éthylique jouait un certain rôle dans l'ensemble du tableau clinique (4). On est allé plus loin et Stoecker, dans sa monographie de 1910, a exprimé l'opinion que l'alcoolisme chronique se développait souvent sinon toujours à la faveur d'un terrain maniaque préexistant. Homburger, auquel nous devons la connaissance de ce travail, estime qu'il s'agit d'une manière de voir qui paraît légitime, mais pour certains cas seulement (5).

La symptomatologie de la manie chronique présente des particularités qui ont été très bien mises en lumière par Hamel et Vernet. C'est d'ailleurs sur leur mémoire que s'est basé en grande partie Lange. Nous ajouterons quelques remarques personnelles et aussi des notions puisées chez d'autres auteurs.

L'excitation est en général moindre que dans la manie classique, et ceci est surtout vrai pour l'excitation motrice. Nous avons vu un cas dans lequel le passage à la chronicité s'est précisément révélé par une « amélioration » consistant en une diminution de l'agitation. Il arrive aussi qu'une forte excitation persiste pendant des années, comme chez une de nos malades entrée à l'Asile en octobre 1919, à l'âge de 39 ans, Mme Dec. G. (deuxième accès, le premier ayant eu lieu à 33 ans) et qui reste actuellement encore (été 1936) dans un état de forte excitation. Mais même quand ils sont relativement calmes, les maniaques chroniques deviennent facilement excitables et agressifs. Les sujets paraissent affairés, parlent et écrivent beaucoup, s'occupent et se mêlent de tout, manifestent une tendance domina-

(1) LEROY, RUBENOVITCH et TRELLES. — Un cas de manie chronique évoluant depuis dix ans sans affaiblissement intellectuel. *Société médico-psychologique*, janvier 1932.

(2) GODARD. — Manie chronique. Démence incomplète. *Société médico-psychologique*, décembre 1924.

(3) DÉRON. — Contribution à l'étude clinique du syndrome manie. *Thèse de Paris*, 1922.

(4) SIEFERT. — Ueber chronische Manie. *Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie*, 1902, vol. 59, p. 261.

(5) HOMBURGER. — Die literatur d. M.D. Irrescins, 1906-1910. *Zeitschrift f. d. g. neurologie*. Referate, vol. 2, numéros 9 et 10.

trice. Moins euphoriques que les autres maniaques, ils se mettent souvent en colère, mais en général cela ne dure pas. Ils aiment à circuler dans les salles dans un accoutrement pouvant attirer sur eux l'attention des autres. Au bout de plusieurs années un certain degré d'affaiblissement intellectuel est de règle : citons le cas de notre malade I.-Fe. B. Entrée une première fois à l'Asile à 35 ans, en juin 1922, elle en sortit guérie deux ans plus tard. Elle resta normale jusqu'au début de 1930. A cette époque commença une nouvelle période qui amena l'internement (juin de la même année). Mme B. est actuellement encore à l'Asile (septembre 1936). Son état peut être résumé ainsi : La malade est moins excitée dans l'ensemble. L'agitation motrice n'existe presque plus, sauf un certain degré d'instabilité. Elle est par contre restée loquace, avec un peu de fuite d'idées. Est un peu désespérée, mais bien orientée, n'a ni délire, ni hallucinations. Propre. Très correcte quand elle le veut. Paraît lucide et mnésique. S'occupe, mais se fatigue vite. Se plaît à l'Asile. Vit au jour le jour et ne forme aucun projet d'avenir. Aucun symptôme schizophrénique.

Les idées délirantes sont instables, parfois fugaces et d'autres fois persistantes et même monotones mais ne constituant jamais un système cohérent avec tendance à se développer. Hamel et Vernet font remarquer que ces idées *sont le plus souvent* d'origine imaginative, *que plus rarement* elles reposent sur des interprétations fausses et enfin *qu'exceptionnellement* elles sont dues à des hallucinations auditives. Nous nous associons pleinement à ces remarques. C'est ainsi que Dec. G., dont il a déjà été question plus haut, a manifesté à un moment donné des idées délirantes multiples et des hallucinations : elle se comparait aux apôtres et disait entendre ses parents qui étaient « au Paradis », le Gouvernement la persécutait, elle avait deux maris dont l'un appartenait à la noblesse, des combats nocturnes auxquels participait la cavalerie avaient lieu dans son pavillon, etc., etc... Une autre malade, Mme Duc. G., entrée dans le service en avril 1931 (troisième internement), à l'âge de 41 ans, et qui a une manie chronique typique, présente des idées mystiques et dit être la Sainte Vierge « incarnée par le Sacré-Cœur ». Voici comment elle parle de ses hallucinations : « De temps en temps je crois entendre une voix que je crois être celle du démon. »

Il nous reste à dire quelques mots des formes cliniques de la manie chronique. On a vu plus haut que celle-ci se montre en général sous l'aspect d'une « agitation modérée » (Laignel-Lavastine et Vinchon) et plus rarement sous celui d'une agitation

assez et même très intense. Il n'est pas rare par contre d'observer des états hypomaniaques sur lesquels à une époque récente Wertham (1), après Siefert, Van Deventer et Tilling (cités par lui) a de nouveau attiré l'attention. De ses observations personnelles résultent ces quatre traits caractéristiques : agitation réduite, monotonie, délire non systématisé, absence de phases dépressives. Signalons enfin que Nitsche (2) distingue plusieurs groupes parmi lesquels mentionnons les suivants : états maniaques constitutionnels d'intensité progressivement croissante ; états circulaires avec phases maniaques exceptionnellement longues ; états ressemblant à la « folie raisonnante » avec tendance chez le sujet de faire constamment des récriminations morbides.

La mélancolie chronique existe aussi bien que la manie chronique. Elle serait même plus fréquente que cette dernière, d'après Paul Abély (3). Pour P. Delmas (4), de tels cas ne surviennent qu'après 50 ans. Da Rocha (5) admet également la possibilité de ces formes, et Rehm a rapporté une observation de guérison à 55 ans, après un état de dépression ayant duré 14 ans. Kræpelin insiste sur la fréquence de ces cas chroniques à un âge avancé de la vie. D'après lui, l'accès net de mélancolie est alors précédé, parfois pendant des années, de troubles psychiques plus ou moins légers, consistant surtout en accès de dépression ou d'excitation avec irritabilité morbide. Le passage à la chronicité se révèle, d'après Paul Abély, par une atténuation des symptômes aigus, en même temps que se manifestent les signes d'un léger affaiblissement intellectuel, des stéréotypies, une certaine indifférence vis-à-vis de la situation, les malades ne demandant plus à quitter l'Asile. Citons enfin Lange qui parle d'une hypomélancolie chronique consistant en une sorte de tableau pâli et déteint d'un état dépressif classique disparu. Il s'agit de malades qui restent pendant des années subanxieux, « indécis », ne travaillant pas et d'ailleurs vite fatigués, souvent hypocondriaques et manifestant parfois des idées de culpabilité. Nous pouvons citer deux cas typiques rentrant dans cette catégorie.

(1) WERTHAM. — A group of benign chr. psychoses : prolonged manic excit. *Amer. J. of Psychiatrie*, 1929, vol. 9, p. 17, et *Die Klinische Kerngruppe d. chron. Manic. Zeitschrift f. d. g. Neurologie*, 1929, vol. 121, p. 770.

(2) NITSCHKE. — Ueber chronisch-manische Zustände. *Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie*, 1910, vol. 67, p. 36.

(3) P. ABÉLY. — Les terminaisons de la mélancolie. *Thèse de Paris*, 1923.

(4) P. DELMAS. — Etats mélancoliques prolongés. *Thèse de Paris*, 1920-1921.

(5) F. DA ROCHA. — La manie chronique. *Annales*, 1921, t. II, p. 412.

Mlle C., âgée de 50 ans, entre à l'Asile le 26 juin 1931 et se trouve encore en traitement aujourd'hui (septembre 1936). Ce séjour a été interrompu par une sortie en 1931 (non guérie, durée : trois semaines). A 24 ans, accès d'agitation. A 36 ans, accès post-puerpéral. En juin 1931, agitation, mais avec présence d'idées hypocondriaques et une période hypothyrique. L'état dépressif a commencé au mois d'août de la même année et n'a pas cessé depuis. Il y a eu cependant, en 1933, une phase d'excitation anxieuse. Mlle C. reste déprimée, inactive, nonchalante, mais sans aucun symptôme d'affaiblissement intellectuel. Il n'y a ni confusion, ni délire, ni hallucinations.

Mme V., née L., à 43 ans, accès mélancolique ayant duré deux mois. Depuis, légères rechutes tous les ans. A 55 ans, le 7 mai 1929, la malade est placée à l'Asile, en plein accès dépressif qui durait déjà depuis environ six mois. Cet accès persiste pendant plus de sept ans, quoique finalement atténué. En été 1936, elle reste mélancolique, mais correcte, ordonnée, s'occupant régulièrement. Idées de suicide. Absence de confusion, de délire, de troubles sensoriels, de symptômes d'affaiblissement intellectuel. On observe parfois des traits submaniaques (plaisante, donne intentionnellement des réponses inexactes aux questions posées), ne demande pas à partir, « si on m'a conduite ici, c'est que je ne suis pas capable de vivre au dehors ».

Les états mixtes de la psychose maniaque dépressive peuvent également évoluer d'une manière chronique. C'est ainsi que pour Panse (1), toutes les manies de longue durée auraient un élément dépressif qui joint à l'état fondamental d'excitation aboutit à une sorte d'irritabilité caractéristique associée — si nous avons bien compris — à un état d'hypothyrie. Mais c'est dans l'étude de la question des mélancolies préséniles que la notion des états mixtes chroniques trouve une application étendue. Nous avons exposé cette question dans un travail récent auquel nous nous permettons de renvoyer le lecteur (2). La thèse de Couléon (3) traite du même sujet. Il s'agit en résumé, d'après un élève de Kræpelin, G. Dreyfus, d'un état mixte spécial caractérisé par une « inhibition subjective partielle » (4). Nous avons défini cet état ainsi : « Il y a une certaine excitation psychomotrice objectivement constatable, mais coexistant avec un

(1) PANSE. — Untersuchungen ueber Verlauf und Prognose M.D. Irresein. *Monatschrift f. Psychiatrie*, 1924, vol. 56, p. 15.

(2) Les psychoses préséniles. *Encéphale*, novembre et décembre 1934.

(3) COULÉON. — La mélancolie présénile. *Thèse de Paris*, 1935.

(4) G. DREYFUS. — *Die Melancolie*, 1907.

pénible sentiment d'incapacité de se décider, de travailler, d'agir. » On sait du reste que de nombreux auteurs ne partagent pas cette manière de voir et considèrent volontiers la mélancolie d'involution comme une maladie quasi autonome aboutissant à une sorte d' « état figé » particulier.

Nous avons étudié, dans les pages qui précèdent, le mode d'apparition et les aspects cliniques des états chroniques de la psychose maniaque dépressive. Il nous faut maintenant examiner leur mode d'évolution, plus spécialement les états terminaux auxquels ils peuvent aboutir. On conçoit qu'il s'agit là d'un problème très proche de celui de l'évolution de la psychose maniaque dépressive en général : nature des intervalles, possibilité de guérison ou d'aggravation, caractères des accès successifs. Ces différentes questions sont très proches les unes des autres et il paraît difficile de les traiter d'une manière absolument séparée. Nous essaierons de le faire tout en nous rendant compte qu'il ne s'agit que d'une « approximation ». Pour apporter le plus de clarté possible dans notre exposé, nous croyons utile d'esquisser auparavant le plan que nous allons suivre.

Après un court préambule consacré aux généralités et à l'historique, nous montrerons les rapports qui peuvent exister entre certains caractères cliniques que présentent les accès et les intervalles lucides et le passage de la psychose maniaque dépressive à la chronicité. Celle-ci une fois établie — qu'il s'agisse de chronicité d'emblée ou survenant après plusieurs accès isolés — il y aura lieu d'examiner quels sont les états auxquels elle peut aboutir, plus spécialement d'envisager les « états terminaux » (à supposer qu'il y en ait) et d'indiquer bien entendu les facteurs qui en provoquent la formation. C'est en somme tout le problème de la possibilité d'un affaiblissement intellectuel dans la psychose maniaque dépressive qui devra être ainsi évoqué.

On sait que les auteurs ne sont pas tous du même avis en ce qui concerne les tendances générales qu'on observe dans l'évolution de la psychose maniaco-dépressive. Certains, tels les anciens auteurs comme J.-P. Falret et Baillarger, pensaient qu'après chaque accès il y avait, à moins de complications, une *restitutio ad integrum*. Magnan estime qu'au début il n'y a pas d'affaiblissement intellectuel et que celui-ci ne survient qu'ultérieurement. Pilez, au début du siècle, attire l'attention sur ce fait que toutes les éventualités sont possibles. Après avoir rappelé ce cas de Foville dans lequel une femme dont la maladie durait depuis 44 ans avait une intelligence encore intacte à l'âge de 78 ans, il en cite un autre, personnel, du même genre :

homme âgé de 70 ans, malade depuis l'âge de 22 ans. Le même auteur croit que les dégénérés héréditaires ont en général moins de tendance à présenter de la démence. Ce qui du reste nous intéresse plus spécialement, c'est l'issue des états chroniques proprement dits : Brown, après avoir publié quelques observations de très longue durée, arrive à cette conclusion qu'il existe deux groupes de faits, avec ou sans démence terminale (1). Wertham estime que les états maniaques peuvent durer longtemps sans donner lieu à un affaiblissement intellectuel, ce qui est le contraire de ce qu'on observe en général dans les états mélancoliques prolongés. Braun (2) développe, à la suite de Gruhle, une manière de voir tout à fait originale et que nous croyons applicable dans plus d'un cas : les malades qui ont eu un grand nombre d'accès vivent toujours sous la crainte d'en avoir de nouveaux, il en résulte une sorte de découragement, de dépression, qu'on peut qualifier de « déficit psychologique ». C'est ainsi qu'on peut expliquer, croyons-nous, ce fait signalé par Paul Abély que certains mélancoliques chroniques n'osent plus quitter l'Asile. Nous en avons parlé plus haut. Plusieurs auteurs ont insisté sur les modifications présentées par les accès et leurs intervalles avant le passage à la chronicité. Magnan dit que les accès semblent tout d'abord « coulés dans le même moule », à la longue cependant ils se modifient. D'autre part, le caractère des sujets pendant les intervalles devient différent de ce qu'il était autrefois : certains sont plus irritables, d'autres apathiques et nonchalants. D'après Pilcz, au fur et à mesure que la maladie évolue, les accès deviennent moins nets et plus longs, de sorte que les intervalles diminuent et finalement ne se distinguent plus des phases actives. Ainsi s'établit le passage à la chronicité, par suite du changement dans les manifestations cliniques des accès et des intervalles. Stransky (3) distingue plusieurs possibilités, notamment : apparition pendant les intervalles de troubles de l'humeur peu accusés, du moins au début, — existence pendant cette phase d'une sorte de diminution psychique qui est sans doute le présage d'un affaiblissement démentiel, — formation d'une sorte d'« état mixte permanent » : les malades ne sont jamais dans un état tout à fait normal, les accès et les intervalles se distinguent à peine les uns des autres, et d'ailleurs ajouterons-nous : on ne sait plus à la fin si on a à faire à telle ou telle

(1) BROWN. — Chronicity and deterioration in M.D. cases. *Am. Journal of Insanity*, 1914, vol. 70, p. 767.

(2) BRAUN. — M.D. Formenkreis. *Fortschritte d. Neurologie*, janvier 1936.

(3) STRANSKY. — Das M.D. Irresein. *Traité de Aschaffenburg*, 1911.

forme clinique, car le tableau morbide devient flou et imprécis. Kræpelin indique, comme favorisant l'apparition d'états chroniques, trois éléments qui bien entendu ne coexistent pas toujours : grande fréquence des accès, — longue durée de chacun d'eux, — apparition à un âge avancé.

Les états dont nous nous occupons dans ce travail aboutissent-ils toujours à un affaiblissement intellectuel et dans l'affirmative quels sont les caractères que présente ce dernier ? Rien ne permet d'affirmer la constance d'un état démentiel terminal et il est de notion courante d'ailleurs que les troubles psychiques de ce genre peuvent durer pendant des années sans retentir d'une façon appréciable sur le fond mental. En tout cas, il n'est pas sans intérêt de mentionner les facteurs qui peuvent provoquer la démence dans la psychose maniaque dépressive.

Reboul-Lachaux et Bouyer affirment, dans leur travail, que l'existence de certains facteurs surajoutés est indispensable et ils citent notamment l'involution sénile et l'artériosclérose. Il est évident en effet que la vieillesse est chez ces malades, comme partout, responsable de bien des cas d'affaiblissement psychique. Nous n'avons pas besoin d'insister sur ce fait. Il y a lieu cependant de rappeler cette circonstance mentionnée par Lange, que ce sont surtout les cas dont le premier accès apparaît après la quarantaine qui auraient une plus grande tendance à revêtir une forme chronique. Le même auteur cite l'opinion de Mauz qui prétend qu'il y a un rapport entre la constitution physique dite « atypique » et la chronicité d'évolution. Mais le point le plus important à considérer est l'influence de l'artériosclérose. La fréquence de celle-ci chez les anciens maniaques dépressifs est connue. Il s'agit d'un fait bien établi aujourd'hui et qui est à peine contesté. Déjà Albrecht mentionne deux éventualités possibles (1) : la psychose crée, en raison des variations dans la pression artérielle dues aux troubles de l'affectivité, un terrain favorable à l'apparition de l'artériosclérose ; cette dernière associée à la sénilité constitue, chez les sujets prédisposés, une cause occasionnelle pour l'éclosion de la psychose maniaque dépressive. Ajoutons encore ce point important : au cours des phases terminales de la psychose, les troubles psychiques d'origine vasculaire jouent un rôle important dans l'ensemble du tableau clinique. C'est à l'étude plus détaillée de ce dernier que nous devons passer maintenant.

(1) ALBRECHT. — M.D. Irresein und Artériosclérose. *Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie*, 1906, vol. 63, p. 402.

Magnan ne voyait rien de spécifique dans la symptomatologie de ces états terminaux. Il parle simplement d'une « tendance à la démence » et il ajoute : « On ne doit pas perdre de vue à ce moment qu'en dehors de l'accumulation des accès on doit encore tenir compte des progrès de l'âge. » Mais la question a fait depuis lors des progrès appréciables et nous croyons que certaines données assez précises peuvent être retenues. Kræpelin a montré qu'au milieu de ces états d'affaiblissement subsistaient des traces atténuées de phases aiguës : tantôt un état de légère dépression avec quelques idées délirantes d'ordre mélancolique, tantôt un état qu'on peut qualifier de submaniaque, tantôt enfin un état mal défini caractérisé surtout par l'alternance de phénomènes atténués d'excitation et de dépression. D'autre part, il faut tenir compte, dit-il, de l'apparition de symptômes dus à l'artériosclérose et à l'involution sénile qui peuvent même effacer ou rendre inapparents ceux liés à la psychose elle-même. Lange attire de plus l'attention sur ce fait qu'un long séjour à l'Asile amène une certaine diminution psychique qui n'est pas sans analogie avec ce qu'on observe chez les vieux détenus (pauvreté de l'idéation, état figé, etc.). Mauz estime que les états terminaux ont bien quelques traits particuliers et plus spécialement quand il s'agit de ceux qui succèdent aux hypomanies chroniques : absence de l'euphorie et présence par contre d'une certaine irritabilité et d'un mécontentement puéril, se traduisant par des réclamations avec un peu d'expansivité. A noter aussi que la fuite d'idées serait presque toujours en pareil cas « stéréotypée, monotone, vide ». Le travail de Hoen (1), fait sous l'inspiration de Pfersdorff, apporte des éléments très précieux pour l'étude de cette question. Se basant sur cinq observations personnelles, il arrive à cette conclusion qu'il n'y a pas de véritable « démence intellectuelle, même pas de traces d'un processus involutif vers une telle démence ». Même dans le cas d'« artériosclérose avancée », l'affaiblissement intellectuel serait « minime ». Du côté de l'affectivité il y a « une vulnérabilité et une mobilité énorme ». Mais chose curieuse : le sujet ne réagit pas, ne tire pas de « conséquences logiques et décisives » pour l'action, il ne fait qu'« enregistrer » les sensations. Ces malades chroniques, dit Hoen : « deviennent indifférents pour les questions supérieures de la vie, leurs actions ne sont plus motivées par la force de leur affectivité ; cette dernière devient impro-

(1) HOEN. — Etude sur l'état mental terminal de la folie maniaque dépressive. *Travaux de la Clinique Psychiatrique de Strasbourg*, 1922, vol. I, p. 63.

ductive et s'épuise en mimique ». Cet état qui s'établit d'ailleurs assez tôt devient vite définitif, n'évolue plus et subit même une sorte de « cristallisation ». Le sujet arrive ainsi à ne plus vouloir agir et à accepter la situation telle qu'elle se présente. C'est ainsi, par exemple, que le désir de sortir n'est jamais suivi d'aucun acte et que la date de sortie est souvent reculée sans raison apparente par le malade lui-même. Il nous reste à mentionner deux travaux de Galatschian, dont les vues ne sont pas sans intérêt (1). Dans un premier travail se trouve rapportée l'observation d'un cas d'affaiblissement intellectuel survenu vers l'âge de 37-39 ans après plusieurs accès. Voici quelles étaient les principales caractéristiques de cet état : diminution de la volonté, de l'énergie, de l'initiative, indifférence et somnolence mais sans perte de contact avec la réalité ; absence de netteté des symptômes de la psychose maniaque dépressive ; présence de quelques troubles du sympathique et du système endocrinien. Il n'y avait aucun trouble d'artériosclérose cérébrale. Dans un second travail, le même auteur, après avoir émis l'avis que la fréquence de l'artériosclérose dans ces états terminaux a été exagérée, publie un cas avec autopsie dans lequel l'examen du cerveau a été absolument négatif. Le malade a présenté, à partir du troisième accès, les mêmes symptômes que ceux constatés dans la première observation. L'auteur pense que cet état d'« invalidité psychique » est dû à une lourde hérédité et plus particulièrement à la présence de schizophrénie dans la famille des sujets atteints.

Les formes chroniques de la psychose maniaque dépressive peuvent faire penser à la démence précoce. Et cela pour deux raisons : tout d'abord parce que des symptômes d'ordre schizophrénique peuvent s'observer chez les intermittents, d'autre part, parce que certains accès présentant une évolution suspecte par sa longueur, on en arrive à craindre un état terminal démentiel. Cette dernière éventualité est la seule qui nous intéresse. Du reste nous avons consacré à la question de la simple présence de symptômes schizophréniques chez les maniaques dépressifs tout un chapitre d'un travail paru ici-même en 1930 (voir plus haut). Depuis notre travail ont paru plusieurs publications s'occupant des rapports entre la psychose maniaque dépressive et la schizophrénie. Nous n'en retiendrons que quelques-uns.

(1) GALATSCHIAN. — Sur l'issue défavorable de la psychose maniaque dépressive, 1928 (en russe). *Anal. Zentralblatt f. d. g. Neurologie*, vol. 54, p. 721, et *Zur Frage d. ungünstigen Endzustandes b. M.D. Irresein. Zeitschrift f. d. g. Neurologie*, 1932, vol. 139, p. 241.

Rappelons tout d'abord celui de Claude et Lévy-Valensi (1). Les auteurs insistent sur la complexité de la question et écrivent : « Dans les cas difficiles on arrive à parler d'association des deux maladies (Bleuler, Courbon, Klieneberger, Gaupp), de passage de l'une à l'autre (Hoffmann, Osipoff), de formes intermédiaires (Ségla, Wieg-Wickental, Pfersdorff, Ruch Dunton, Deron, Pascal), termes d'attente qui n'ôtent rien à notre embarras lorsque, à propos d'une jeune malade, une famille anxieuse nous demande un pronostic, alors que nous sommes souvent sans diagnostic précis. » En ce qui concerne plus spécialement la terminaison démentielle, l'opinion de Claude et Lévy-Valensi peut se résumer ainsi (d'après Rouart) : « La terminaison démentielle de la psychose maniaque dépressive franche serait le résultat de troubles fonctionnels répétés. Le trouble dynamique ferait place à une déficience organique, définitive, comparable à celle qui, après des crises multiples d'insuffisance cardiaque curable, aboutit à l'asystolie irréductible. » Dans sa thèse faite sous l'inspiration de Ducos, de Boucaud (2) soutient cette opinion qu'il n'existe pas de cloison étanche entre les deux psychoses et que « des malades atteints de psychose maniaque dépressive peuvent devenir des déments précoces », mais qu'ils gardent toujours « une physionomie clinique rappelant celle de la psychose maniaque dépressive ». Tout dépend de la constitution du sujet qui se manifeste dans certains cas par une sorte de moindre résistance ou de « vulnérabilité mentale » responsable de l'évolution défavorable de la maladie. Cette tendance apparaît également chez certains auteurs étrangers. Braun (3) en rendant compte des recherches récentes de Luxenburger qui conseille, en règle générale, de ne pas faire trop vite le diagnostic de psychoses associées et de celles de Hoffmann et Gaupp relatives à la coexistence chez le même sujet d'une hérédité maniaque dépressive et schizophrénique, fait observer que d'après Hoffmann on pourrait établir entre les formes typiques de ces psychoses quatre groupes de passages : 1° psychoses circulaires qui deviennent ultérieurement schizophréniques ; 2° schizophrénies à poussées multiples ; 3° psychoses schizophréniques aiguës et curables ; 4° états maniaques dépressifs avec présence de quelques signes schizophréniques. Rouart a fait paraître

(1) CLAUDE et LÉVY-VALENSI. — Psychose périodique et démence précoce. *Encéphale*, mai 1931.

(2) DE BOUCAUD. — Existe-t-il des rapports entre la folie maniaque-dépressive et la démence précoce ? *Thèse de Bordeaux*, 1933.

(3) BRAUN. — M.D. Formenkreis. *Fortschritte d. Neurologie*, février 1935.

récemment une thèse qui constitue une contribution capitale à l'étude de la question qui nous occupe. La lecture en est indispensable pour quiconque s'intéresse aux rapports de la psychose maniaque dépressive avec les « folies discordantes ». Rouart n'admet pas la théorie soutenue actuellement, surtout à l'étranger, d'après laquelle l'hérédité des psychoses serait avant tout similaire. Il croit au contraire, avec l'école de Maignan, au polymorphisme des prédispositions héréditaires. Nous estimons qu'il a raison en règle générale, mais que cependant on note assez fréquemment une hérédité similaire. Il nie de plus toute possibilité de combinaison entre deux psychoses. Ici encore nous dirons que cette opinion, exacte dans la très grande majorité des cas, n'en comporte pas moins des exceptions, ainsi que nous l'avons déjà soutenu il y a de nombreuses années. En ce qui concerne l'évolution de la psychose maniaque dépressive, elle serait d'après lui « essentiellement non démentielle ». Et il ajoute : « La démence est due à un processus surajouté ». Mais la véritable originalité du travail de Rouart et qui lui donne toute sa portée consiste dans la description approfondie de certaines formes qu'on ne peut classer ni dans le cadre de la psychose maniaque dépressive ni dans celui des schizophrénies. Il s'agirait plutôt, pense-t-il, de psychoses liminaires ou marginales et qu'il définit ainsi : « Etats intermittents mais dans lesquels, à chaque accès, la perturbation est plus profonde que dans la psychose maniaque mélancolique et où l'on retrouve des états d'excitation et de dépression, moins purs, plus « dissociés » et sans signes de déficit dans l'intervalle ». Il est à noter que certaines mélancolies d'involution — et nous approuvons pleinement cette manière de voir — sont classées par l'auteur tout à fait à part. Que faut-il penser de ces psychoses marginales ? Il est évident pour nous qu'il y a là un groupe bien particulier et qui justifie un classement quelque peu en dehors des grands cadres généralement admis. Nous serions disposés à l'apparenter avec la psychose maniaque dépressive plutôt qu'avec la démence précoce. Tout en reconnaissant le grand mérite de l'initiative de Rouart, nous estimons cependant que de nouvelles recherches sont encore nécessaires.

Il résulte de ce qui précède que certains cas de psychose maniaque dépressive peuvent faire penser à tort à la schizophrénie. Mais les auteurs ont surtout insisté sur les analogies de symptômes. Or il importe de ne pas oublier que c'est souvent l'évolution qui fait craindre une terminaison démentielle. Rappelons à ce propos qu'il existe des cas vus déjà par Kirn en 1878 et sur

lesquels est récemment revenu Lange dans lesquels, après de nombreux accès presque subintrants, survient la guérison (1). Comme il s'agit le plus souvent de malades jeunes, on pose le diagnostic de démence précoce que l'avenir cependant vient heureusement démentir.

*
**

Nous croyons maintenant intéressant de grouper, dans une vue d'ensemble, les quelques déductions et enseignements qui paraissent se dégager de la notion des états chroniques de la psychose maniaco-dépressive.

Il y a tout d'abord la question des guérisons tardives. Nous avons montré, tout au début de notre étude, qu'il ne fallait pas confondre ces deux termes : chronique et incurable. Une affection chronique est donc simplement une affection de durée anormalement longue, mais qui peut guérir. Or Petren, qui a spécialement étudié ce chapitre de la pathologie mentale, a pu établir que la plus grande part des guérisons tardives appartenait à la folie périodique. Robert (2) qui a fait sur le même sujet un rapport au Congrès de 1925 et qui cite Petren, attire l'attention sur deux points particuliers : en premier lieu, il rappelle que certains cas rangés « par l'abus d'une nouvelle conception » dans la démence précoce relevaient en fait de la folie périodique (avec accès de longue durée) ; en second lieu, il insiste sur ce fait que tant que « la vie intellectuelle ou affective » n'est pas éteinte on peut toujours espérer un retour à la normale de la fonction psychique. L'opinion de Robert rejoint ainsi celle de Magnan dont nous avons parlé plus haut. Après l'avoir énoncée il ajoute qu'il y a lieu par conséquent de ne pas abandonner ces chroniques à leur sort mais de les traiter : « Nous n'avons aucune répugnance à admettre la possibilité d'une rééducation du psychisme, d'un établissement de l'harmonie mentale sous l'influence d'une psychothérapie qui loin d'être systématique saurait judicieusement s'adapter à chaque sujet ». Nous adoptons pleinement ces vues de Robert. La psychothérapie — et aussi le traitement par le travail méthodique dont il est tant question depuis quelques années — permettent d'abrèger la durée de certains accès et empêchent peut-être la stabilisation de maints états paraissant définitifs.

(1) KIRN. — *Die periodischen Psychosen*. Ed. Enke., Stuttgart, 1878.

(2) ROBERT. — La guérison tardive des maladies mentales. *Congrès de Paris*, 1925.

La connaissance des formes chroniques de la psychose maniaco-dépressive permet d'autre part de comprendre des cas cliniques qui, à première vue, peuvent sembler obscurs. Nous avons parlé plus haut de la mélancolie d'involution. Si chez certains malades (il s'agit dans ces formes presque toujours de femmes) il y a lieu de penser à l'existence d'une psychose n'ayant rien de commun avec la folie périodique, chez d'autres au contraire c'est ce dernier diagnostic qui devra être posé. Citons à ce propos deux cas intéressants. Le premier est celui d'une femme de 27 ans rapporté par Hartung qui a consisté en une série d'accès d'excitation et de dépression, avec seulement de courtes phases d'accalmie (1). Après une durée de 22 ans est survenue la ménopause à 49 ans, suivie de guérison complète. Le second est celui d'une femme âgée de 52 ans, rapporté par Fattovich et qui a déjà été cité plus haut. Ici la maladie a passé par plusieurs phases : début brusque par un accès de mélancolie anxieuse (avec au milieu de celui-ci, courte phase maniaque), puis état stuporeux suivi de dépression au cours de laquelle on pouvait noter quelques périodes anxieuses. Guérison à 66 ans. Diagnostic de l'auteur : psychose maniaque dépressive déclenchée par l'involution. Parmi les formes traînantes de la psychose maniaque dépressive susceptibles d'éclaircir certains cas obscurs il y a lieu de mentionner tout particulièrement les états mixtes qui durent, on le sait, souvent assez longtemps. Panse a montré que ces états se terminent souvent par un suicide. Ceci est surtout vrai pour les mélancolies qui s'accompagnent d'une excitation motrice. Dans notre article de 1930 nous avons déjà indiqué les rapports que certains auteurs, à la suite de Specht (dont les idées ont été exposées dans la thèse de Bessière) établissent entre les états maniaques et submaniaques chroniques et les délires chroniques systématisés non hallucinatoires (2). Nous n'avons pas à insister de nouveau sur ce point, pas plus que nous n'avons à revenir sur les rapports avec la schizophrénie dont il a déjà suffisamment été question plus haut.

La question traitée ici a aussi des répercussions médico-légales, tant au point de vue civil qu'au point de vue criminel. Au point de vue civil, il y a lieu de ne pas perdre de vue la possibilité de guérison même après une durée fort longue, considération qui a son importance s'il s'agit d'une procédure d'interdiction ou bien de divorce pour cause d'aliénation mentale (dans les pays

(1) HARTUNG. — Ein Fall von Spätheilung einer Psychose. *Zeitschrift f. d. g. Neurologie*, 1922, vol. 80, p. 432.

(2) BESSIÈRE. — Paranoïa et psychose périodique. *Thèse de Paris*, 1913.

où peut être invoqué ce motif). Sigel a déjà insisté sur ce dernier point, à propos d'un cas de manie guéri au bout de 8 ans (1). Robert a bien mis en lumière ce côté de la question dans son rapport. En expertise criminelle, c'est à l'hypomanie chronique qu'on peut avoir à faire. Siefert a publié un cas de ce genre observé chez un alcoolique et dont il a été question plus haut. Il indique que de tels malades ne sont pas toujours internés car leurs troubles peuvent être peu apparents. On en rencontre parmi les vagabonds et parmi les détenus de tous genres. Il est parfois difficile de faire comprendre au magistrat, en raison de leur lucidité apparente, qu'on se trouve en présence d'une maladie. L'excitation intellectuelle, d'ailleurs peu marquée, de ces sujets, est prise pour une simple particularité psychologique qui dès lors ne devrait pas entraîner l'irresponsabilité totale, tandis qu'il s'agit en réalité d'aliénés qui ont perdu le contrôle de leurs actes, et à l'égard desquels on ne peut employer de mesures de répression.

(1) SIGEL. — Beitrag z. Frage d. Spätgenesungen von Psychosen. *Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie*, 1905, vol. 62, p. 325.

LE DÉLIRE D'INTERMÉTAMORPHOSE

Variété d'illusions de sosie et de Frégoli

FAR

G. DAUMÉZON

Nous avons eu l'occasion d'observer, côte à côte, deux malades, vieilles délirantes, toutes deux présentant avec des modalités différentes, une illusion spéciale à rapprocher à la fois de l'illusion de sosie étudiée par notre maître Capgras et ses élèves, et l'illusion de Frégoli décrite par Courbon et Fail. Les commentaires que l'une et l'autre donnaient, leur attitude, permettent de construire quelques hypothèses quant à la psychogénèse de ces troubles.

L'une, G., femme Ch., marchande de vins, 52 ans, est internée en 1932 avec le certificat de G. de Clérambault :

« Alcoolisme chronique. Etat ébrioux subintrant. Syndrome hallucinatoire, gestes vus et pensées entendues, réponses par l'effet d'une table tournante installée dans le voisinage. Machines dans le sous-sol, bourdonnant et envoyant des picotements. Réfugiée à l'hôtel deux fois, mêmes phénomènes. De même au poste. Couple de buveurs. »

Après un séjour de deux ans à Vaucluse, elle est transférée à Plouguernevel avec le diagnostic de « Délire de persécution » (D^r Courbon).

Lors de notre examen, elle apparaît comme une psychose hallucinatoire ancienne avec thèmes de persécution multiples et très mal systématisés, peut-être pourrait-on entrevoir un début d'affaiblissement intellectuel.

Au cours de l'interrogatoire, comme nous lui demandons d'exposer les méfaits de ses persécuteurs, elle indique :

« Ils changent la figure des gens : le D^r H., quand je le voyais dans la salle, puis quand il passait dans la cour, il n'avait pas la même figure. »

Orientés par cette réponse spontanée, nous avons recherché à préciser les modalités exactes de cette illusion.

Pour les décrire, nous utiliserons exclusivement les phrases de la malade que nous avons sténographiées.

Début : La malade fait rétrospectivement remonter ces phénomènes à une impression survenue dans son bar et qu'elle décrit ainsi : « C'était un Monsieur qui consommait au comptoir, sa figure est devenue celle de quelqu'un que je connaissais et qui venait souvent là, puis il a repris sa figure à lui et est venu me serrer la main. » Beaucoup plus tard les phénomènes se sont constitués : « Ils ne m'ont refait cela que longtemps après, à Vaucluse, et puis surtout ici. »

L'illusion actuelle est ainsi décrite :

« Ils changent la physionomie complète. Tantôt c'est un petit changement qui permet tout de même de reconnaître la véritable personne, tantôt c'est un changement complet. »

« Tout le monde, toutes les figures. » « Ainsi, tenez, le soir, au dordoir, toutes les personnes qui sont sur la route, ils leur donnent la tête de gens que je connais. »

Les changements sont fréquents et rapides. « Ils vont vous changer une figure dix fois, vingt fois, cent fois. »

Cependant il y a des métamorphoses privilégiées : « M. H. (le médecin), c'est René V., un petit jeune homme que je connaissais... »

Précisant le « procédé » employé par les persécuteurs, la malade expose : « S'ils veulent, ils vont vous changer tout de suite, et vous ne vous en apercevrez pas, ce sont ceux qui vous voient qui constatent le changement. » « Demain vous aurez une autre figure, d'autres personnes vous regarderaient et ne vous trouveraient pas changé, ils ne font pas cela à tous les yeux. » « Ils projettent une autre figure sur la vôtre. » « Non, je ne crois pas que vous soyez complice, ce n'est pas votre faute et c'est bien ennuyeux pour vous. »

Parallèlement à ces conceptions, Mme Ch. sait qu'une autre personne prend sa figure et va partout à sa place, dans sa famille, dans son pays, dans ses anciennes places, et à la mort de ce personnage on l'a cru morte. « La preuve en est qu'elle ne reçoit plus de lettres. »

En résumé, il s'agit d'un vieux délire hallucinatoire, un peu spécial cependant, puisque l'alcool a joué un rôle dans sa détermination première, puisque les hallucinations visuelles ont été fréquentes : la malade prétend que les persécuteurs modifient l'apparence du visage de ses interlocuteurs, provoquent à leur sujet illusion ou hallucination visuelle.

Quant à sa construction, ce phénomène est assez comparable dans le domaine des hallucinations auditives aux hallucinations périphériques des anciens auteurs.

Quant à ses modalités, on peut le rapprocher des hallucinations des alcooliques qui voient entrer dans leur cellule le médecin et s'écrient : « Voilà le Commissaire de police ! Oh ! mais non, c'est le concierge qui vient réclamer son terme, Monsieur, Monsieur l'avocat, vous me défendrez, n'est-ce pas ? »

Quant à son contenu, il semble quelquefois déterminé par un complexe plus ou moins refoulé : René V. est un jeune homme qui avait fait à notre malade des propositions malhonnêtes.

Notre seconde malade est assez différente :

Mme G., Vve D., âgée de 73 ans, est entrée à Ste-Anne en 1914, transférée à Clermont en 1916, de là à Ste-Ylie, d'où elle fut envoyée à Plouguernevel.

Actuellement elle se présente comme un vieux délire hallucinatoire de persécution et d'influence avec hallucinations multiples et plus particulièrement de la sensibilité génitale. Cependant, les premiers certificats signalent un véritable état dépressif consécutif à un accident sur la voie publique, avec tentatives de suicides répétées et état sub-confusionnel.

Quoi qu'il en soit, notons encore ce début atypique. Spontanément, lors de la visite, la malade coléreuse s'écrie : « Mais, voyons Monsieur, vous n'avez pas fini de vous moquer de moi, quand vous étiez là-bas vous étiez un charcutier que j'ai connu, et maintenant vous me représentez mon fils ». Des protestations identiques se reproduiront quotidiennement pour peu que nous orientons la conversation sur ce terrain, mais les personnages « représentés » varieront chaque fois.

Au cours de deux conversations nous avons pu noter quelques détails. Tous les phénomènes allégués sont, au dire de la malade, accompagnés de sensations pénibles ressenties un peu partout dans le corps, mais plus particulièrement dans la tête. « On me fait tellement mal dans la tête. Dans une personne je vois cinquante personnes, cela m'étonne et me fait mal à la tête. » En une heure nous devenons successivement : un interne connu jadis à Cochon par la malade qui fut infirmière, un certain M. Lagasse et enfin le fils de la malade.

Toutes les personnes sont changées de la même manière : « J'ai été avec des sœurs de Ste-Ylie et je les retrouve ici. Des fois elles disparaissent et ce sont des personnes de la ville, qui ne sont pas des religieuses ».

Elle ignore comment tout cela se passe : « Vous faites un tour, vous êtes mon fils, vous en faites un autre, ce n'est plus lui ». « Vous avez la physionomie qui change, mais c'est toujours la même personne. » « Vous devez être la même personne, probablement, vous changez de figure mais vous ne changez pas de corps. » « Ce sont vos yeux, ce sont vos lèvres que vous avez changés pour ressembler à M. Lagasse. »

Pour notre malade, la volonté du changé est indéniable et un matin elle nous interpelle : « Moi je ne me déguise pas comme vous, je ne sais pas me grimer ».

Il est impossible d'obtenir des détails plus précis : la malade, légèrement affaiblie, s'analyse mal ; de plus, elle est sujette à des

barrages hallucinatoires : « Ce sont des personnes qui ne veulent pas qu'on me questionne et qui m'empêchent de répondre ».

Mme Vve D. expose par ailleurs qu'elle a sa statue au Cours la Reine..., un jour elle s'est assoupie sur un banc de cette promenade et à son réveil s'est reconnue dans un personnage de bronze d'un monument.

Notons encore que notre malade attribue à chacun des pouvoirs exceptionnels : « Je suis la seule, ici, à ne pas voir à travers les murs ». Enfin, on note de fréquentes hallucinations visuelles, indépendamment de troubles cénesthésiques et d'hallucinations génitales extrêmement intenses.

En résumé, chez une très vieille délirante hallucinée, on trouve, intégré dans le délire, la croyance en la possibilité de métamorphoses instantanées des interlocuteurs et la constatation de ces métamorphoses. L'intentionnalité du métamorphosé ne fait aucun doute.



Essayons de situer nos deux malades par rapport aux illusions de sosies, — aux illusions de Frégoli.

Dans sa monographie de 1930, Vié distinguait : les illusions de sosie par méconnaissance systématique, sosies négatifs, des illusions par affirmation de ressemblance, sosies positifs.

Si l'on veut schématiser, on pourrait dire, en présence d'un sujet A : l'illusion de sosie de Capgras, par méconnaissance systématique, agnosie d'identification, etc., consiste à croire qu'il s'agit d'un sujet A' morphologiquement identique, mais en réalité différent de A.

L'illusion de Frégoli, de Courbon et Fail (signalée dès 1919 par René Charpentier), affirme que A ou B ou C ne sont que des apparences prises par D qui se frégolifie, qui se grime, et arrive à perdre son habitus morphologique pour prendre celui des autres.

Nos deux malades réalisent un type spécial, chaque sujet A, B ou C, sont supposés prendre l'apparence successive d'autres sujets (si l'on veut se conformer au mythe de Frégoli, la malade de Courbon croit en l'existence d'un seul Frégoli qui prend toutes les apparences — nos deux malades accordent à tout leur entourage cette possibilité de métamorphose).

Mais il existe d'autres modalités : Vié recouvrait sous le terme général de « sosies positifs » tous les cas, différents du syndrome de Capgras, où le malade, affirmant l'existence de sosies, attribue cette qualité non à des personnes imaginaires, substituts de personnages réels, mais à des êtres existant et sans grande analogie avec l'objet de la ressemblance. Dans cette

large catégorie de sosies positifs, entrent les cas de Courbon et Fail et les nôtres. Les deux observations de Vié sont toutes deux à rattacher à l'observation de Courbon à Frégoli unique : le mari dans un cas, qui prend toutes sortes d'apparences ; la malade dans l'autre dont l'aspect est utilisé par six personnes qui deviennent ses « sosies ».

En 1932, Courbon et Tusques publiaient l'observation d'une malade sous le titre d'illusion d'intermétamorphose. Cette délirante présentait à la fois : 1) un sosie positif de son fils et de sa tante ; 2) une illusion de Frégoli pour son mari qui s'incarnait en diverses personnes, prenant leurs allures et leurs habits ; 3) une illusion de fausse reconnaissance que la malade rectifiait partiellement grâce à l'explication de Frégoli ; 4) enfin, une illusion d'intermétamorphose : « Tous les habitants de la zone, sauf la malade, ont la propriété de se transformer les uns dans les autres. » Nous sommes en présence d'illusions dont le contenu logique est très voisin de celui de nos malades.

Cependant, on pourrait établir une gradation entre ces trois cas : les trois malades admettent des modifications des formes perçues de leurs interlocuteurs, l'une pense que la modification siège au niveau de ses organes perceptifs propres (« On ne fait pas cela à tous les yeux »), et que les sujets transformés ignorent les modifications dont ils sont l'objet, la seconde pense que la modification est objective et intentionnelle, mais elle n'est pas dupe d'une « manœuvre » qu'elle prend pour une mystification. La malade de Courbon et Tusques admet non seulement une modification morphologique, mais une métamorphose complète, totale, des interlocuteurs.

Nous venons de nous livrer à toute une série de rapprochements sur la foi d'appellations identiques. Nous sommes loin d'affirmer que toutes ces variétés d'illusions peuvent recevoir une explication univoque. Nous nous contenterons donc d'examiner à ce point de vue les deux malades que nous avons pu observer.

Une remarque terminologique nous frappe, l'utilisation du mot « représenter ». « Vous me représentez Mr... » déjà noté par Vié dans le vocabulaire de Mme Pas..., et utilisé par nos deux malades.

Par ailleurs, l'une comme l'autre, nos hallucinées ne sont pas des délires hallucinatoires chroniques typiques. Toutes deux ont présenté un début confusionnel : toxique pour l'une, traumatique pour l'autre, avec phénomènes psychosensoriels visuels. Toutes deux présentent encore fréquemment des hallucinations visuelles.

Enfin et surtout, et pour autant qu'on puisse ajouter d'importance aux données phénoménologiques... nous avons entendu les phrases suivantes : « Ils ne font pas cela à tous les yeux. » « Ils projettent une autre figure sur la vôtre. » Pour l'une de nos malades, au moins, les phénomènes allégués sont exposés comme une modification de ses perceptions normales provoquée par ses persécuteurs. En résumé, nous pouvons émettre l'hypothèse d'une pathogénie hallucinatoire de l'illusion. P. Janet (1) invoquait d'ailleurs une explication analogue pour les fausses reconnaissances, dans lesquelles il englobe l'illusion de Frégoli.

La démarche intellectuelle du transitivityisme paraîtrait très voisine de celle du sujet qui, présentant une hallucination à propos d'un visage, s'écrie que l'objet change à tout instant de morphologie.

Il est facile de rapprocher les modalités du phénomène décrit et celles des illusions des éthyliques. Nous avons vu récemment un alcoolique qui nous interpelle ainsi : « Ah ! bonjour Monsieur le Docteur, je suis bien malade... Oh ! mais vous êtes le Commissaire, je n'ai rien fait de mal, allez-vous-en, je n'ai pas besoin que vous veniez m'arrêter. Mais vous n'êtes pas le Commissaire, vous êtes le concierge ! » Notre malade a, sans doute, présenté des illusions identiques auxquelles il adhère encore et qu'il enrichit en les systématisant.

Nous nous rendons compte, évidemment, qu'expliquer l'illusion par une hallucination n'est qu'un déplacement du problème et non une solution, tant que le problème des hallucinations n'est lui-même pas résolu.

Mais les phénomènes allégués par notre seconde malade peuvent-ils subir la même explication ? Il est facile d'y voir un processus plus ancien qui a perdu à la longue sa pureté et la trace de ses origines. Un essai d'interprétation nous est fourni par Mme R., psychose hallucinatoire chronique, actuellement traitée dans le service du Dr Capgras : Celle-ci, en lisant son journal, découvre tous les matins des « prémonitions ». Tel mot, telle syllabe, provoquent une association d'idées et de s'écrier : « N'est-ce pas curieux, on a imprimé tout cela pour que je puisse prévoir tel événement ? » (en rapport avec ses associations). En résumé, elle accorde une valeur « sociale intentionnelle » à la rencontre fortuite dans un texte de quelques lettres. Il ne fait aucun doute que cette interprétation, car c'en est une, présente une base affective essentielle que détermine l'orientation des associations. Revenons à nos deux malades :

(1) L'hallucination dans le délire de persécution. *Rev. Phil.*, 1932, p. 71.

voici l'une qui nous rencontre, notre physionomie rappelle (elle le dit d'ailleurs) la physionomie de telle ou telle personne. De là à considérer ce rappel, cette association, comme le résultat d'une intention persécutrice, il n'y a qu'un pas chez cette vieille persécutée, et elle s'écrie : « Vous me représentez mon fils », tout comme Mme R. tout à l'heure disait : « On a imprimé cela pour m'avertir. »

Peu importe, dirions-nous volontiers, que le phénomène allégué soit total ou partiel : que le malade croie voir une figure différente de celle existant objectivement, ou dans un texte, prétendre lire un sens différent de sa signification symbolique et conventionnelle. La base de ces allégations reste une laxité des rapports établis par l'intelligence alliée à un défaut de choix des associations, phénomène que Bleuler rangeait dans la série des signes de dissociation schizophrénique.

Capgras et Reboul-Lachaux, expliquant le mécanisme de l'illusion de sosie, invoquaient la lutte entre l'image sensorielle et l'image mnémonique. Encore intervient-il un choix entre les diverses images mnémoniques et c'est celle du sujet et celle-là seule qui entre en concurrence avec l'image sensorielle. C'est le sentiment d'étrangeté exacerbé par les troubles affectifs qui provoque la non identification des deux images.

Dans les cas que nous étudions, le trouble est plus profond. A l'image sensorielle s'affronte indifféremment toute une série d'images mnémoniques différentes en même temps que l'image mnémonique adéquate, et le sujet, théâtre de cette lutte, ne pouvant choisir, admet la coexistence, explique le phénomène en disant : « Ils vous transforment », « ils vous donnent un visage différent ».

En somme, le syndrome étudié se présente comme un trouble dissociatif plus avancé que le syndrome de Capgras, c'est pourquoi il semble qu'on doive le rencontrer dans des états dont le nombre est plus restreint : dans la thèse de Mlle Derombies, l'illusion de sosies est signalée dans la confusion, l'onirisme, la mélancolie, les délires d'évolution chronique, les états passionnels morbides, la démence précoce, l'épilepsie, la psychasthénie. « L'intermétamorphose » se trouve épisodiquement chez les déments précoces, mais il s'agit d'un syndrome que nous relevons à peine tant il est fugace, c'est dans le délire de persécution chronique, chez de très vieilles malades, lorsque la dissociation très profonde coexiste avec une intelligence conservée dans son contenu sinon dans ses démarches, que ce syndrome apparaît dans toute sa netteté, est présenté clairement par le malade et intégré au système de persécution.

Ces considérations nous autorisent à distinguer dans le symptôme envisagé deux éléments distincts : le phénomène lui-même, — son explication.

Il s'agit en effet d'une illusion identique à l'hallucination périphérique : de même que tel malade entend, mêlé au bruit du robinet, de la pendule, d'une voiture, des injures proférées à son égard, de même nos malades, à travers notre physionomie, reconnaissent celle de tel ou tel personnage « qu'on veut leur montrer ».

Cette illusion semble trouver sa source comme le sentiment d'étrangeté, le transitivisme, dans la dissociation entre la sensation brute et la perception affective, entre la perception immédiate et la représentation mentale quasi-concomitante.

Ce sentiment à demi-conscient est expliqué et attribué à une manœuvre des persécuteurs. Cette explication peut atteindre tous les degrés, et, selon le cas, le malade prétendra que le sujet transformé provoque ou subit seulement la métamorphose qui peut être tantôt partielle, tantôt totale.

BIBLIOGRAPHIE

- BOUVIER. — Le syndrome Illusion des Sosies. *Thèse Paris*, 1926.
- BROCHADO (A.). — Le syndrome de Capgras. *A. M.-P.*, 1936, t. I, p. 706.
- CAPGRAS et CARRETTE. — Illusion de Sosie et Complexe d'Edipe. *A. M.-P.*, juin 1924.
- CAPGRAS, LUCHINI et SCHIFF. — Du sentiment d'étrangeté à l'illusion des Sosies. *Soc. Clin. Méd. Ment.*, décembre 1924.
- CAPGRAS et REBOUL-LACHAUX. — Illusion des sosies dans un délire systématisé chronique. *Bulletin Soc. Clin. Méd. Ment.*, janvier 1923.
- René CHARPENTIER. — Onirisme hallucinatoire. *Rev. Neur.*, 1919, p. 755.
- COURBON et FAIL. — Syndrome d'illusion de Frégoli et schizophrénie. *Soc. Clin. Méd. Ment.*, juillet 1927.
- COURBON et TUSQUES. — Illusion d'intermétamorphose et de charme. *A. M.-P.*, 1932, I, p. 401.
- COURBON et TUSQUES. — Identification délirante et Fausse reconnaissance. *A. M.-P.*, 1932, t. II, p. 1.
- DEROMBES (M.). — L'illusion de Sosie. *Thèse Paris*, 1935.
- DUPOUY et MONTASSUT. — Un cas de syndrome des sosies chez une délirante par interprétation des troubles psychosensoriels. *A. M.-P.*, 1924.
- HALBERSTADT. — Syndrome d'illusion des Sosies. *J. de Psychol.*, octobre 1923.
- Pierre JANET. — L'Hallucination dans le délire de Persécution. *Rev. Phil.*, 1932.
- Les sentiments dans le délire de persécution. *Journ. de Psychol.*, mars-avril 1932.
- LÉVY-VALENSI. — L'illusion des Sosies. *Gaz. Hôp.*, juillet 1929.
- VIÉ. — Un trouble de l'identification des personnes, l'illusion de Sosies. *A. M.-P.*, mars 1930.

VALEUR THÉRAPEUTIQUE DE LA CHOLESTÉRINE SON EMPLOI EN MILIEU ASILAIRE

PAR

J. HAMEL et R. BUISSON

De très nombreuses publications ont paru sur la cholestérine depuis sa découverte par Conradi en 1775. Tant en France qu'à l'étranger, une littérature que l'on pourrait qualifier de prodigieuse, a essayé de préciser le rôle de ce corps qui ne cesse d'être à l'ordre du jour depuis une vingtaine d'années. Néanmoins, il existe peu d'ouvrages d'ensemble sur la question, malgré l'importance de plus en plus grande que prend la cholestérine, tant en physiologie qu'en pathologie générale. Aussi l'un de nous en 1933 a-t-il essayé, non pas de résumer tous les travaux car ils étaient trop nombreux, mais tout simplement d'établir un schéma de la question, telle qu'elle se présentait à cette époque. Il nous semble indispensable et nous nous en excusons de rappeler quelques-unes des propriétés principales de la cholestérine.

C'est un corps chimique bien défini, très répandu dans la nature et dont la formule développée, longtemps discutée, a été récemment mise au point par le Professeur Vavon. Grâce à sa fonction alcool depuis longtemps isolée par Berthelot (qui en faisait un homologue de l'alcool cinnamique) la cholestérine possède un *pouvoir antitoxique de tout premier plan*. C'est en 1897 que Physalix (1) signale le premier le rôle antitoxique de la cholestérine. Il termine ainsi son travail : « La Cholestérine pure, malgré son peu de solubilité et ses faibles affinités chimiques, *immunise* contre le venin de vipère. C'est là un fait difficile à s'expliquer pour le moment, mais qui mérite d'être signalé comme le

(1) PHYSALIX. — *C.R. Soc. Biol.*, t. 49, page 1057, année 1897.

premier exemple connu d'un composé chimique défini, qui agisse comme un *vaccin*. »

Ensuite Almagia (1), puis Raimonti (2) ont démontré que cette substance mélangée *in vitro* à de la strychnine annule les effets mortels de celle-ci.

Son pouvoir antitoxique a été reconnu successivement vis-à-vis du venin de cobra (Kyes et Sachs), de la toxine botulinique (Klemperer), des savons (Iscovesco), de la tuberculine (Lemoine et Gérard) ; celle-ci, mélangée à de la cholestérine, ne provoque plus ni intradermo ni ophtalmo-réaction, et ces derniers auteurs assignent à la cholestérine un rôle de tout premier plan dans la défense de l'organisme envahi par le bacille de Koch (3).

Vincent, en 1908 (4), neutralise la toxine du tétanos par voie digestive. Almagia et Mendès (5) avaient déjà guéri l'année précédente deux cas de tétanos grave par des injections de cholestérine. Boissard (6) a étudié l'action de la cholestérine sur la nicotine et a vu qu'elle diminuait très sensiblement sa toxicité.

Wright a indiqué que la phagocytose s'exerçait surtout grâce à l'action des lipoides cholestériques contenus en abondance dans la partie externe des globules blancs.

Suranuyi et Jarno (7) ont mis en évidence le rôle protecteur de la cholestérine contre le choc anaphylactique. Leurs travaux furent vérifiés par Lumière et Mmes Grange et Dubois (8).

La propriété somnifère de la cholestérine a été constatée par Brissemoret (9), mais niée par d'autres. Minovici (10) attribue à la cholestérine une fonction de soutien et d'isolant de la matière nerveuse. Ainsi elle permettrait le passage de l'influx nerveux dans une fibrille sans que la voisine y prenne aucune part. En somme, elle aurait aux yeux de cet auteur le même rôle que les substances isolantes d'un câble téléphonique. Son altération ou son appauvrissement amènerait la confusion dans les idées, les mouvements et les perceptions sensibles. Signalons qu'en 1934, Collin et Chavarot ont démontré que la partie externe de la fibre nerveuse se composait de cholestérine pure.

(1) ALMAGIA. — *Boll. d. R. Acad. Roma*, t. 33, p. 163, année 1907.

(2) RAIMONTI. — *Arch. esp. Patho. und Pharm.*, 1908, p. 449.

(3) LEMOINE et GÉRARD. — *Le Nord Médical*, t. 17, page 129, année 1910.

(4) VINCENT. — *Ann. Inst. Pasteur*, t. 32, pages 349 et 352, année 1908.

(5) ALMAGIA et MENDÈS. — *Presse Méd.*, 1907, page 614.

(6) BOISSARD. — *Thèse Méd.*, 1910, page 86.

(7) SURANUYI et JARNO. — *Chim. Abstr.*, 1928, t. 22, page 159.

(8) MMES GRANGE et DUBOIS. — *C.R. Soc. Biol.*, 1931, t. 107, page 159.

(9) BRISSEMORET. — *C.R. Soc. Biol.*, 1912, p. 825 et 1917, p. 409.

(10) MINOVICI. — *Bull. Soc. Biol.*, 1927, p. 1129.

Enfin, ajoutons que la cholestérine a été le seul corps qui ait réussi à entraver l'infection provoquée par le virus encéphalitique (1).

Nous n'insisterons pas sur les autres rôles de la cholestérine. Ses pouvoirs antihémodolique et bactéricide, son rôle dans l'immunité, dans la protection cutanée, ainsi que dans la genèse de la vitamine D ne sont que des modalités plus spécialisées de son pouvoir antitoxique général. En décembre 1935, à la Société de biologie de Nancy, nous avons attiré l'attention à nouveau sur l'origine de la cholestérine. Nous savons que jusqu'alors on s'accordait à lui attribuer une origine mixte, à la fois exogène et endogène. L'origine endogène nous semble mal fondée, nous la *rejetons* complètement pour ne retenir que l'origine alimentaire et, contrairement à Linossier, nous ne nous étonnons pas que la cholestérine soit livrée aux hasards de l'alimentation, puisque les vitamines le sont bien. Il serait fastidieux de reprendre toute notre argumentation. Qu'il nous suffise de dire que la théorie de Grigault attribuant dans la genèse de la cholestérine un rôle primordial aux capsules surrénales, ne peut être acceptée actuellement, puisque l'extirpation de l'une ou des deux surrénales entraîne l'hypercholestérinémie (Sokaloff de Pétrograd). De plus, Kamamura a constaté que les surrénales de certains animaux sont dépourvues de cholestérine alors que pourtant il s'en trouve dans leur sang.

L'origine endogène n'étant plus admissible, seul persiste l'apport alimentaire, scientifiquement démontré. *Cette affirmation, on le conçoit, doit modifier complètement les directives thérapeutiques.*

Nous avons ensuite essayé d'expliquer le métabolisme de la cholestérine. L'enfant naît avec une réserve de cholestérine qui lui est fournie par sa mère. Il se passe un phénomène du même genre que celui qui a été soutenu par Lambling, à propos du transport du fer de la mère au fœtus, et ce transport physiologique semble être démontré du fait que les enfants de parents arthritiques ont une cholestérinémie plus forte que celle des enfants ordinaires (Sysack et Wisland). Plus tard, l'adulte continuera à emmagasiner la cholestérine au cours de son existence, par son alimentation et uniquement par son alimentation. La cholestérine passe dans l'estomac, l'intestin, les chylofères, arrive au sang qui la distribue à tout l'organisme, mais surtout aux organes emmagasinateurs où elle est mise en réserve. Que de-

(1) DANYZ. — *C.R. Soc. Biol.*, t. 2, p. 714, année 1923.

viendrait-elle, en effet, si elle n'était pas emmagasinée puisque Gardner estime qu'elle n'est éliminée que dans la proportion de 40 % ? Le foie excrète la cholestérine. La cellule hépatique la puise dans le sang et la déverse dans la bile (Labbé et Bith). Mais toute cette cholestérine biliaire n'est pas entièrement éliminée (sous forme de coprostérine), il existe en effet un cycle entéro-hépatique et, sur les 7 à 8 grammes de cholestérine déversée par la bile en 24 heures, la majeure partie est réabsorbée par le sang, qui la renvoie au foie, son point de départ. Une fois fixée dans l'organisme, que devient-elle ? Il semble qu'elle attende son rôle antitoxique. Survient-il une infection, une intoxication, l'organisme a-t-il besoin d'un effort, d'une protection ; vite la cholestérine se mobilise à l'endroit voulu (pus, masses tuberculeuses, cancéreuses, abcès de fixation, etc..., etc...), et c'est ce qui permet d'expliquer l'hypocholestérinémie constatée dans toutes les affections aiguës. Il s'ensuit que pendant cette mobilisation le taux de la cholestérine sanguine peut être instable. D'après ces données il nous est permis d'admettre, dans notre organisme, l'existence de deux sortes de cholestérine :

1) Une cholestérine *bonne*, intacte au point de vue chimique et par conséquent la seule qui conserve toutes ses propriétés biologiques.

2) Une cholestérine *mauvaise*, usée, morte, ayant déjà servi à la défense de l'organisme pour neutraliser les toxines microbiennes ou autres. Elle est ou non éliminée, mais ce n'est plus de la cholestérine, c'est un complexe, obéissant à la loi d'insolubilité des complexes chimiques, c'est-à-dire qu'elle devient insoluble, se dépose sur place, d'où l'origine des calculs biliaires, des tophi, etc..., et l'explication de la théorie que nous donne Chauffard dans la genèse de l'athérome.



La cholestérine dont la moyenne oscille autour de 1,50 par litre de sang, est susceptible de variations physiologiques et pathologiques. De très nombreux auteurs, particulièrement en France, Lemoine, Gérard, Chauffard, Laroche, Grigault, Defane, Claude, etc..., reprenant l'ancienne idée de Trousseau, ont étudié les variations de la cholestérine dans les différentes maladies. Cette question est trop classique pour que nous insistions. Rappelons néanmoins qu'en général les maladies aiguës se traduisent par de l'hypocholestérinémie, tandis que les maladies chroniques

s'accompagnent d'hypercholestérinémie. On en a déduit des données thérapeutiques, que nous connaissons :

1) Donner de la cholestérine pour renforcer la défense des organismes débilités dans toutes les poussées aiguës.

2) En soustraire au contraire dans les maladies chroniques à hypercholestérinémie manifeste.

Nous sommes assez bien armés, en thérapeutique, pour lutter contre l'excès de cholestérine, grâce à la cure de Chauffard, dite de décholestérinisation. Celle-ci consiste à combiner le régime hypocholestériné aux agents médicamenteux (sulfate de soude surtout) pour remplir les 3 indications primordiales.

1) Réduire le taux de la cholestérine ingérée par l'alimentation.

2) Augmenter l'activité de la cellule hépatique.

3) Faciliter l'élimination biliaire et supprimer dans la plus large mesure la réabsorption intestinale.

A notre avis, l'action bienfaisante de cures hydrominérales chez les hypercholestérinémiques dont la pathogénie n'est pas encore suffisamment éclaircie, pourrait s'expliquer par une cure semblable de décholestérinisation.

Mais lorsqu'il s'agit de tonifier la défense de l'organisme en augmentant la cholestérinémie, on se heurte à de plus grandes difficultés. Celles-ci proviennent, selon nous, d'un point de départ erroné, à savoir la théorie de Grigault, dont le principe est le suivant : l'exaltation, par une dose minime de cholestérine, des fonctions cholestérinogènes des divers organes, en particulier des surrénales. Nous avons expliqué précédemment pourquoi nous n'admettions pas cette théorie. De plus, contre l'hypothèse de Grigault, s'élèvent deux procédés de dosage de la cholestérine :

a) La méthode de Boidin et Flandin (1),

b) La méthode de Betchov (2),

dans lesquelles la cholestérine s'unit à la saponine molécule à molécule, suivant la loi chimique des proportions définies. Il en résulte que la cholestérine n'agit pas, comme une sorte de catalyseur, uniquement par sa présence, mais qu'elle agit bien par sa quantité. Les doses à employer, d'ailleurs assez élevées, doivent donc être dictées par la clinique et l'état de déficience de l'organisme.

Or, pour ce faire, nous avons à notre disposition deux métho-

(1) *C.R. Soc. Biol.*, 1911, t. 71, page 402 ; 1912, t. 72, page 28.

(2) *Journ. physiol. et patho. génér.*, 1913, t. 21, page 324.

des : l'alimentation et les injections. Par la bouche nous absorbons régulièrement de la cholestérine tous les jours, puisque la plupart de nos aliments en contiennent. Normalement l'alimentation ordinaire est suffisante pour les gens bien portants. Mais si nous voulons instituer un régime hypercholestériné nous devons recourir à des aliments très riches en cholestérine tels que jaune d'œuf, cervelles, ris de veau, laitance de poisson, etc..., aliments, bien entendu, proscrits chez les hypercholestérinémiques, comme les hépatiques, les brightiques, les gouteux, les arthritiques, etc... Cette cholestérine alimentaire a le double avantage non seulement d'être parfaitement assimilable, mais de pouvoir être donnée à des doses assez considérables, puisqu'une simple cervelle de veau contient à elle seule 20 grammes de cholestérine et qu'un jaune d'œuf en renferme déjà 25 centigrammes. C'est une médication peu connue, cependant très pratique et pour ainsi dire jamais refusée par les malades. De plus, elle est économique en comparaison des spécialités. Nous avons employé cette méthode dans nos services. Bien entendu, cervelles et ris de veau sont d'un prix de revient trop élevé pour un budget d'asile, aussi nous sommes-nous adressés, il y a 3 ans, à la laitance de poisson, qui est d'un prix modique, que nous faisons revenir directement de Boulogne-sur-Mer. Malheureusement cette méthode n'est pratique qu'en hiver. Néanmoins elle nous a permis d'enregistrer de nombreux succès thérapeutiques, chez nos malades débilités ou atteints de psychoses aiguës.

Parallèlement, nous avons employé les injections intramusculaires. Nous nous sommes servi de Cinnozyl Clin dont la composition est la suivante :

Cinnamate de benzyle	0,05
Cholestérine	0,10
Camphre	0,125
Huile d'olive	5 cc.

Nous faisons deux ampoules par jour et des résultats très sensibles ont été enregistrés chez de nombreux malades. Puis nous avons voulu augmenter la dose de cholestérine, grâce à des ampoules de contenance double. Nous injections suivant la gravité des cas, 2 ou 3 de ces dernières ampoules.

Les résultats ont été plus nets, et dans un cas que nous rapporterons plus loin nous avons même assisté à une véritable résurrection.

Quels sont les malades qui ont bénéficié de ce traitement ? Il y

a lieu d'envisager d'abord nos premiers essais avec la laitance de poisson (1933). Cette médication a été appliquée sous forme d'alimentation 2 ou 3 fois par semaine uniquement à des tuberculeux, sans tenir compte de l'affection mentale qu'elles présentaient. Il s'agissait surtout de démentes précoces faisant des poussées évolutives la plupart du temps enrayées facilement par ce traitement hypercholestériné. Les résultats ont été très satisfaisants. Ensuite à cause du changement de saison (période d'été) nous nous sommes adressés aux injections intramusculaires. Nous avons d'abord commencé par une ampoule quotidienne de Cinnozyl, mais en général nous faisons deux ampoules par jour pendant une quinzaine de jours. Parfois dans les cas plus graves (pleurésie, péritonite, etc...), nous faisons trois ampoules pendant quelques jours.

Les résultats ont été le plus souvent très favorables. Pendant 3 ans, sur une centaine de cas, nous avons seulement enregistré 4 échecs suivis de mort. Il s'agissait de tuberculeux à lésions très avancées chez qui le traitement, d'ailleurs encore trop peu actif, et institué beaucoup trop tard, ne pouvait se montrer efficace. En effet, le premier est décédé cachectique au cours d'une tuberculose intestinale, le second après thoracoplastie, le troisième est mort de pneumonie caséuse au cours d'une pneumonie franche aiguë, localisée à l'autre poumon, enfin le dernier a succombé à une granulie quelques jours après son transfert d'un hôpital sanatorium.

Nous n'avons pas l'intention de rapporter les observations de tous les malades tuberculeux que nous avons traités par la cholestérine. Ce serait une énumération longue et surtout fastidieuse. Qu'il nous suffise de dire encore une fois que l'hypocholestérinémie des tuberculeux n'est pas un mythe, mais qu'elle correspond bien à la réalité. Ces malades, par conséquent, doivent être traités, mais il est bien entendu que ce sont les tuberculeux au début ou les prétuberculeux qui bénéficient le plus de ce traitement. Les échecs que l'on pourra rencontrer sont dus à la gravité et à l'ancienneté des lésions. D'ailleurs les bienfaits de l'hypercholestérinémie dans la tuberculose et l'asthénie sont connus depuis très longtemps de façon empirique (cervelle, huile de foie de morue), mais on ignorait par quel mécanisme ces produits agissaient.



Dès le mois de juin 1935 nous nous sommes posé la question suivante : La cholestérine est-elle vraiment contre-indiquée

comme l'on pourrait s'y attendre à première vue chez les insuffisants hépatiques qui sont pour la plupart des hypercholestérolémiques ? Nous nous sommes donc adressés aux alcooliques chroniques chez qui l'insuffisance hépatique est la règle. Nos premiers essais ont porté sur des cas d'éthylisme subaigu. Ici encore nous ne publierons pas tous nos cas, car nos premiers malades étaient soumis au régime. Nous ne résumerons donc que 5 observations choisies parmi nos dernières entrées. Ces malades n'ont pas été soumis à un régime spécial, mais au régime ordinaire de l'asile. Par contre, ils recevaient chaque matin pendant une semaine un demi-verre de sulfate de soude d'une solution à 10 %, en plus de leur traitement à la cholestérine.

OBSERVATION I. — Ger... Clément, 58 ans, cultivateur, gros buveur d'habitude.

Certificat de 24 heures (25 mai 1936) : Est atteint de confusion mentale avec amnésie lacunaire. Fracture bimalléolaire jambe droite. Signes physiques d'alcoolisme chronique, etc...

22 ampoules de cholestérine en 11 jours, avec augmentation de poids de 3 kilogs.

Sorti guéri le 26 juin.

OBSERVATION II. — Aub... Denis, 31 ans, ouvrier d'usine, buvait depuis longtemps plus de 3 litres de vin par jour, souvent ivre et extrêmement violent.

Certificat de 24 heures (22 juillet 1936) : Est atteint de confusion mentale avec onirisme terrifiant. Interprétations multiples, amnésie partielle, signes physiques d'intoxication alcoolique ancienne, etc... 18 grammes de sucre.

Traitement à la cholestérine : 22 ampoules en 11 jours avec augmentation de poids de 4 kilogs et grosse amélioration physique et mentale. Glucose : néant.

Sorti guéri le 16 août.

OBSERVATION III. — Seig... Pierre, 44 ans, ouvrier d'usine, buvait 4 à 5 litres de vin rouge, plus du rhum et de la mirabelle.

Une atteinte antérieure en 1920 n'ayant pas nécessité l'internement.

Certificat de 24 heures (10 janvier 1935) : Est atteint de délire éthylique subaigu avec confusion et onirisme. Tremblement intense et généralisé. Etat général médiocre, crainte de délire aigu, etc... Urée : 5 gr. 80 0/00 dans l'urine.

20 ampoules de cholestérine en 10 jours avec augmentation de poids de 3 kilogs.

Sorti guéri le 24 février 1936.

Cette observation nous permet de supposer que ce traitement a évité l'éclosion du délire aigu.

OBSERVATION IV. — Br... Aubin, 46 ans, mineur, buvait 5 à 6 litres de vin par jour, était ivre trois fois par semaine.

Certificat de 24 heures (11 mai 1936) : Vient de l'hôpital civil et présente des troubles nerveux et mentaux d'intoxication alcoolique, syndrome cérébelleux et dysmnésie. Excès considérables avoués, etc...

Urée : 10 gr. 0/00 dans l'urine. Légère température.

Traité par 36 ampoules de cholestérine en 18 jours avec augmentation de poids de 5 kilogs 300.

Sorti guéri le 25 juin 1936.

OBSERVATION V. — Vigne... Ernest, 38 ans, journalier, buvait seulement 2 litres de vin par jour chez lui, mais traumatisé du crâne.

Certificat de 24 heures (17 mai 1936) : Est atteint de confusion mentale et a présenté un accès de delirium tremens avec crises épileptiformes avant son entrée. Encore troublé, tremulant et fébrile, etc...

Urée : 10 gr. 40 0/00 dans l'urine (2 jours après).

Traité dès l'entrée à la cholestérine : 19 ampoules en 19 jours associées à 19 ampoules de sérum névrosthénique ; augmentation de poids de 6 kgs 900.

Sorti guéri le 19 juin 1936.

Enhardis par ces succès, nous avons voulu pousser l'expérimentation un peu plus loin et nous nous sommes adressés à de vrais délirium tremens. Les résultats ont été aussi probants, ainsi qu'en témoignent les 5 observations suivantes :

OBSERVATION I. — Chaum... Emile, 27 ans, plongeur, gros buveur de vin et de bière, ivre tous les vendredis.

Certificat de 24 heures : Est atteint de psychose éthylique subaiguë avec onirisme terrifiant, signes physiques d'intoxication, insomnies, température élevée, etc...

Urée : 8 gr. 0/00 dans l'urine. Traces de sucre.

Traité par 28 ampoules de cholestérine en 14 jours avec augmentation de poids de 5 kilogs 800.

Complètement guéri 1 mois après.

OBSERVATION II. — Four... Georges, 34 ans, fondeur. Depuis 10 ans, buvait en moyenne 5 litres de vin par jour (gris, blanc, rouge) ; souvent ivre. Etat très grave à l'entrée. A reçu dès son arrivée 6 cc. de somnifène intraveineux. Enveloppements humides toutes les 3 heures et 3 ampoules de cholestérine en guise d'huile camphrée.

Certificat de 24 heures (le lundi 20 avril 1936) : Est atteint de délire éthylique subaigu. Buveur de longue date, est entré à l'asile en

état de délirium tremens. Son état général s'est amélioré mais demeure confus, désorienté, en proie à un délire onirique.

Traces de sucre.

Traité par 28 ampoules de cholestérine en 14 jours avec augmentation de poids de 5 kilogs 200.

Sort guéri 3 semaines après.

OBSERVATION III. — Boq... Ernest, 42 ans, boucher-charcutier en gros. Buvait beaucoup, bière, vins fins, champagne, mangeait presque uniquement de la viande.

Certificat de 24 heures (3 juillet 1936) : Présente actuellement un délire alcoolique aigu avec agitation intense, onirisme et fièvre élevée (39°7), etc...

Traitement le jour de l'entrée : 5 cc. de sonnifène intraveineux, huile camphrée sous forme de deux ampoules de cholestérine ; puis 20 ampoules en 10 jours. Augmentation de poids pendant cette période, 4 kilogs 800.

Sort guéri le 30 juillet.

OBSERVATION IV. — Coll... Paul, 36 ans, cantonnier aux chemins de fer, gros buveur de vin, depuis 15 ans. Aurait eu une néphrite en 1925.

Certificat de 24 heures (17 juillet 1936) : Est atteint d'éthylisme aigu avec confusion et onirisme professionnel. Signes classiques d'intoxication alcoolique. Polynévrite surajoutée. Etat grave, température 39°. Foyer pneumonique droit. Traitement : 20 ampoules de cholestérine en 10 jours avec augmentation de 3 kilogs. Guérison en 15 jours. A noter 14 gr. de sucre, disparu par le traitement.

OBSERVATION V. — Lehig..., 26 ans, accomplissait une période de réserve et s'était livré à de nombreux excès éthyliques. A l'entrée (25 juillet 1936) : température 40°. Agitation intense, tremblement en masse, onirisme terrifiant, sueurs profuses, etc... 8 cc. de sonnifène intraveineux sont nécessaires. Le malade reçoit pendant 4 jours 3 ampoules de cholestérine, puis, une fois la température tombée, 2 ampoules pendant 11 jours. La guérison est obtenue en 15 jours avec une augmentation de poids de 6 kilogs 300.

Nous n'avons pas voulu alourdir notre exposé par des observations plus nombreuses. Ces quelques cas suffisent pour démontrer que la cholestérine, non seulement n'est pas contre-indiquée chez les hépatiques hypercholestérolémiques, mais qu'elle semble au contraire jouer, chez ces individus, un rôle thérapeutique très important. Nous croyons, en effet, que la cholestérine, grâce à son rôle antitoxique, rétablit l'activité normale de la cellule hépatique intoxiquée. Il en résulte une augmentation de l'appétit,

entraînant elle-même une augmentation de poids. Les différents métabolismes, ou plutôt les différentes fonctions hépatiques, qui avaient pu être perturbées, sont progressivement rétablies. C'est ainsi que les fonctions uropoïétique et uricopoïétique redeviennent normales ; il en est de même de la fonction glycogénique. En effet, au cours de nos recherches, nous avons pu remarquer, dans de nombreux cas, chez les alcooliques en particulier, qu'il existait une glycosurie assez marquée, parfois au delà de 30 grammes. Cette glycosurie d'origine hépatique a toujours été supprimée, *sans régime spécial*, au cours de notre traitement par la cholestérine. Cette remarque nous a incité à traiter de la même manière un psychoneurasthénique entré à l'Asile à la suite d'une tentative de suicide. Après avoir ouvert son robinet à gaz et s'être placé le tuyau dans la bouche, il avait fait un coma toxique. L'analyse d'urine révéla 40 grammes de sucre. 20 ampoules de cholestérine associées à 20 ampoules de sérum névrosthénique, sans autre médication et sans régime spécial, guérissent le malade qui avait augmenté de 4 kg, 500. Il sortit 5 semaines plus tard. La glycosurie avait diminué progressivement pour disparaître complètement.

Nombreux sont encore les malades atteints de psychoses diverses que nous avons traités par la cholestérine avec plus ou moins de succès, mais sans accidents. Il nous semble intéressant de publier les deux cas suivants :

1) Des... Henriette, 15 ans, non encore réglée, seule enfant vivante sur 7 grossesses. Père décédé de tuberculose. Entre à l'Asile pour manie confuse, insomnie, agitation, désorientation, incohérence des propos. Fièvre légère, chétivisme. Une semaine plus tard, signes méningés avec vomissements continus nécessitant des lavements nutritifs. Pendant 8 jours l'état général baisse progressivement. La malade est à la dernière extrémité, on lui fait 4 ampoules le même jour de cholestérine en guise d'huile camphrée. Dès le lendemain, la malade commence à s'alimenter seule. On continue le traitement à raison de 2 ampoules par jour pendant 10 jours. La température, qui avait été très élevée, est ramenée à la normale. L'état physique s'améliore, la malade, qui était tombée à 31 kgs, reprend 3 kgs, mais elle présente toujours le même état maniaque. On pratique encore à 15 jours d'intervalle deux nouvelles séries de 20 ampoules de cholestérine à raison de 2 par jour. La malade augmente de 3 kgs 830, s'améliore progressivement au point de vue mental et sort guérie après un séjour total de 3 mois :

2) Leco..., Fe. Jacq., 44 ans, adressée par l'Hôpital Civil, présente un état de stupeur mélancolique avec mutisme absolu, refus complet

d'alimentation. Etat général précaire. Température 39°4. Pas de B.K. Une première série de 2 ampoules de cholestérine pendant 10 jours fait baisser légèrement la température, provoque une augmentation de poids de 900 grammes et fait sortir la malade de l'état de stupeur dans lequel elle se trouvait plongée depuis l'entrée.

Après un repos de 10 jours, seconde série de 20 ampoules de cholestérine qui ramène la température à la normale. La malade ayant repris près de 3 kilogs sort guérie après 1 mois de séjour à l'Asile.

Ces deux derniers cas ne sont pas les seuls que nous puissions rapporter, nous avons obtenu aussi des résultats qui, tout en étant moins probants, n'en sont pas moins encourageants, dans des cas de manie confuse, soit chez de jeunes soldats, soit chez des jeunes filles du même âge qui présentaient la plupart du temps des signes faisant craindre une évolution dementielle rapide. Ces malades sont sortis guéris de leur accès maniaque atypique. Parmi eux plusieurs ont quitté l'Asile depuis près de 2 ans, ce qui permet, tout au moins, chez eux, de ne pas incriminer la rémission classique du début de la démence précoce.

Certains cas d'hypomanie en rapport avec une bacillose ont été nettement améliorés.

Plusieurs confusions mentales trainantes d'origine indéterminée ont été heureusement influencées par le traitement.

Chez deux intermittents nous avons remarqué que les accès étaient écourtés par la cholestérine. Enfin, Parrhon a signalé qu'il avait utilisé avec succès la cholestérine dans certains cas d'épilepsie.

De cet exposé que nous avons voulu le plus court possible, nous croyons pouvoir déduire que la cholestérine est un médicament de base de tout premier plan dans la plupart des psychoses aiguës, comme elle l'est dans tous les cas où l'organisme est déficient.

Il ne faudra pas craindre de l'employer souvent pendant longtemps et même parfois à fortes doses dans les cas graves (nous avons fait jusqu'à 10 ampoules de Cinnozyl en 24 heures).

Grâce à sa fonction antitoxique, la cholestérine possède, comme nous l'avons vu, de nombreuses propriétés, parmi lesquelles, celle de restaurer la cellule hépatique, très souvent lésée dans de nombreuses psychoses.

Associée telle que nous l'avons employée au cinnamate de benzyle, antiseptique bien connu, et à l'huile camphrée, toni-cardiaque puissant, la cholestérine mérite de prendre une place d'honneur dans l'arsenal psychiatrique où son emploi donnera

certainement des succès, en particulier dans les affections suivantes :

1) Tuberculose surtout au début et psychoses à étiologie tuberculeuse.

2) Psychoses d'épuisement et diverses phases aiguës au cours de l'internement.

3) Confusion mentale et delirium tremens.

4) Toutes intoxications plus ou moins aiguës où la cellule hépatique se trouve lésée, ainsi que dans les cas de glycosurie hépatique.

Signalons qu'avec cette thérapeutique nous n'avons eu aucun décès à déplorer parmi nos cas de delirium tremens.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

*fondée le 27 avril 1852
reconnue comme établissement d'utilité publique
par décret du 11 décembre 1867*

LISTE

des Présidents, Secrétaires généraux et Trésoriers
de la Société Médico-psychologique (1852-1937)

Présidents (1)

1852-1853	MM. FERRUS.	1877	MM. BILLOD.
1853-1854	GERDY.	1878	BAILLARGER.
1854-1855	BUCHEZ.	1879	Prosper LUCAS.
1855-1856	PARCHAPPE.	1880	LEGRAND DU SAULLE.
1856-1857	PEISSE.	1881	LUYS.
1857-1858	BAILLARGER.	1882	DALLY.
1858-1859	CERISE.	1883	MOTET.
1859-1860	TRELAT.	1884	A. FOVILLE.
1861	BRIERRE DE BOISMONT.	1885	H. DAGONET.
1862	Adolphe GARNIER.	1886	Armand SEMELAIGNE.
1863	DELASIAUVE.	1887	MAGNAN.
1864	J.-J. MOREAU DE TOURS.	1888	COTARD.
1865	GIRARD DE CAILLEUX.	1889	Jules FALRET.
1866	Félix VOISIN.	1890	BALL.
1867	Paul JANET.	1891	BOUCHEREAU.
1868	BROCHIN.	1892	Théophile ROUSSEL.
1869	CONSTANS.	1893	CHRISTIAN.
1870-1871	LASÈGUE.	1894	Auguste VOISIN.
1872	Jules FALRET.	1895	Paul MOREAU DE TOURS.
1873	LUNIER.	1896	Eugène CHARPENTIER.
1874	LOISEAU.	1897	Paul GARNIER.
1875	BLANCHE.	1898	MEURIOT.
1876	DUMESNIL.	1899	Jules VOISIN.

(1) Fondée le 27 avril 1852, la Société Médico-Psychologique fut présidée d'abord par Ferrus et, jusqu'en 1860, choisit en juillet son président annuel. A partir de 1860, le président fut élu à la séance de décembre pour entrer en fonctions au mois de janvier.

1900	MM. MAGNAN.	1920	MM. TRÉNEL.
1901	JOFFROY.	1921	PACTET.
1902	MOTET.	1922	TOULOUSE.
1903	Gilbert BALLET.	1923	ANTHEAUME.
1904	BRUNET.	1924	TRUELLE.
1905	VALLON.	1925	ROUBINOVITCH.
1906	BRIAND.	1926	SOLLIER.
1907	DENY.	1927	LEGRAIN.
1908	SÉGLAS.	1928	Raoul LEROY.
1909	LEGRAS.	1929	Pierre JANET.
1910	ARNAUD.	1930	CAPGRAS.
1911	SÉRIEUX.	1931	Henri CLAUDE.
1912	KLIPPEL.	1932	MARCHAND.
1913	René SEMELAIGNE.	1933	Georges DUMAS.
1914-1916	VIGOUROUX.	1934	MIGNOT.
1917	CHASLIN.	1935	Th. SIMON.
1918	Henri COLIN.	1936	VURPAS.
1919	DUPAIN.	1937	René CHARPENTIER.

Secrétaires généraux

1852-1856	MM. DECHAMBRE.	1873-1881	MM. MOTET.
1856-1858	CERISE.	1882-1920	RITTI.
1858-1859	BRIERRE DE BOISMONT	1920-1930	Henri COLIN.
1859-1861	ARCHAMBAULT.	1930-1935	René CHARPENTIER.
1862-1866	BROCHIN.	1936-1937	COURBON.
1867-1873	LOISEAU.		

Trésoriers-Archivistes

1852-1855	MM. MICHÉA.	1903-1908	MM. ANTHEAUME.
1855-1861	BROCHIN.	1908-1920	PACTET.
1862-1871	LEGRAND DU SAULLE.	1921-1931	R. MALLET.
1872-1892	Auguste VOISIN.	1931-1936	Mme THUILLIER-LANDRY.
1893-1897	Jules VOISIN.	1937	M. G. COLLET.
1898-1902	BRUNET.		

BUREAU POUR 1937

Président : M. René CHARPENTIER.

Vice-Président : M. FILLASSIER.

Secrétaire général : M. Paul COURBON.

Trésorier-Archiviste : M. Georges COLLET.

Secrétaires des séances : MM. Paul ABÉLY et CARRETTE.

LISTE DES MEMBRES établie le 26 janvier 1937 ⁽¹⁾

Membres titulaires honoraires (19)

Membres titulaires
depuis :

1884. MM. SÉGLAS.
1888. DUPAIN.
— LEGRAIN.
1893. KLIPPEL.
— PACTET.
— SÉRIEUX.
1895. Pierre JANET.
— ROUBINOVITCH.
1899. NAGEOTTE.
1905. LWOFF.

Membres titulaires
depuis :

1909. MM. LEROY.
1910. ROGUES DE FURSAC.
— TRUELLE.
— PIÉRON.
1930 (2). Paul CAMUS.
— GUILLAIN.
— Pierre MARIE.
— Henry MEIGE.
— André THOMAS.

Membres titulaires (97)

Membres titulaires
depuis :

1896. MM. TOULOUSE.
1911. CAPGRAS.
— MARCHAND.
— VURPAS.
— MIGNOT.
— René CHARPENTIER.
1913. FILLASSIER.
— LAIGNEL-LAVASTINE.

Membres titulaires
depuis :

1919. MM. Ach. DELMAS.
— DEVAUX.
— DUPOUY.
1920. BARBÉ.
— REVAULT d'ALLONNES.
— MEURIOT.
— SIMON.
1922. Henri CLAUDE.

(1) La Société réunit actuellement 411 membres. Les candidats au titre de *membre titulaire*, *membre correspondant national* ou *membre associé étranger* de la Société Médico-psychologique, doivent adresser au Secrétaire général, en même temps que leur lettre de candidature, une liste de titres et travaux scientifiques et un exemplaire de leurs publications.

(2) Membres honoraires nommés exceptionnellement en 1930 à l'occasion de la fusion de la Société Clinique de Médecine Mentale et de la Société de Psychiatrie avec la Société Médico-psychologique.

Membres titulaires
depuis :

1923.	MM. Georges DUMAS.
—	BUSSARD.
—	RODIET.
1924.	LHERMITTE.
—	GUIRAUD.
1926.	COURBON.
—	LOGRE.
1927.	PETIT.
—	D. SANTENOISE.
—	CALMELS.
—	H. BEAUDOUIN.
—	MINKOWSKI.
1930.	DEMAY.
—	HEUYER.
—	Xavier ABÉLY.
—	A. BAUDOUIN.
—	FRIBOURG-BLANG.
—	GENIL-PERRIN.
—	LÉVY-VALENSI.
—	MAILLARD.
—	SENGÈS.
—	TINEL.
—	WALLON.
1931.	Paul ABÉLY.
—	CEILLIER.
—	VINCHON.
—	CODET.
—	H. BARUK.
—	A. BOREL.
—	BUVAT.
—	COLLET.
—	HARTENBERG.
—	Mme THUILLIER-LANDRY.
—	MM. TARGOWLA.
—	PÉRON.
—	BONHOMME.
—	GOURIOU.
—	ABADIE (1).
—	AMELINE.
—	AUBRY.
—	J. BARUK.
—	Ch. BLONDEL.

Membres titulaires
depuis :

1931.	MM. P. COMBEMALE.
—	DANJEAN.
—	DESRUELLES.
—	DIDE.
—	EUZIÈRE.
—	GUICHARD.
—	HALBERSTADT.
—	J. HAMEL.
—	HESNARD.
—	LAGRIFFE.
—	LAUZIER.
—	J. LÉPINE.
—	NAYRAC.
—	M. OLIVIER.
—	PASTUREL.
—	POROT.
—	RAVIART.
—	RAYNEAU.
—	ROBERT.
—	R. ROUGEAN.
—	Ach. SANTENOISE.
—	VIEUX.
—	WAHL.
—	BOURGUIGNON.
—	VIGNAUD.
—	LARGEAU.
1932.	CÉNAC.
1933.	CARRETTE.
1934.	BRISSOT.
—	LERAT.
1935.	ALAJOUANINE.
—	CROUZON.
—	PORC'HER.
—	BAUER.
—	Mme MINKOWSKA.
1936.	MM. R. D. ANGLADE.
—	POMMÉ.
1937.	BROUSSEAU.
—	MARTIMOR.
—	N... (2).
—	N...
—	N...

(1) Ici, par ordre alphabétique, noms de membres non résidants élus membres titulaires le 28 mai 1931, par suite des modifications apportées aux Statuts de la Société le 26 janvier 1931 (de M. Abadie à M. Wahl inclusivement).

(2) Trois places de membre titulaire ont été déclarées vacantes. L'élection a été fixée par la Société au lundi 22 mars 1937.

Membres Correspondants Nationaux (124)

Membres correspondants
depuis :

1888. MM. LEMOINE.
 1899. BRETON.
 1902. COLOLIAN.
 1903. CHÉNAIS.
 1904. VERNET.
 — A. RICHE.
 — J. SIZARET.
 1905. V. PARANT.
 — PERPÈRE.
 1911. Mlle PASCAL.
 1912. MM. BEAUSSART.
 — OSSIP-LOURIÉ.
 1913. ALBÈS.
 — VOIVENEL.
 1918. GILLES.
 — J. COURJON.
 1919. BOUDON.
 — BENON.
 1920. RENAUX.
 — VIAN.
 1921. ALLAMAGNY.
 — MOLIN de TEYSSIEU.
 1922. EISSEN.
 — QUERCY.
 1923. Ch. REBOUL-LACHAUX.
 — POTEL.
 1924. PRINCE.
 1925. G. PAUL-BONCOUR.
 — GILBERT ROBIN.
 1928. MONTASSUT.
 1930. CORNÉLIUS.
 — DELAVILLE.
 — GALLAIS.
 — LAHY.
 — VIÉ.
 — SCHAEFFER.
 — SCHIFF.
 — Mlle WEINBERG.
 1931. MM. BARRÉ.
 — CHARTIER.
 — DADAY.
 — DUMOLARD.
 — GONNET.
 — HYVERT.
 — JUDE.
 — MACÉ DE LÉPINAY.

Membres correspondants
depuis :

1931. MM. MARTIN-SISTERON.
 — MEIGNANT.
 — FRANTZ ADAM.
 — PAUL DELMAS.
 — LAMACHE.
 — VILLEY-DESMESERETS.
 — GRIMBERT.
 — CALMETTES.
 — DELMAS-MARSALET.
 — LABUCHELLE.
 — FOLLY.
 — ERNST.
 — PERRUSSEL.
 — ARTUR.
 — PAUL COSSA.
 — LARRIVÉ.
 — FROMENTY.
 1932. MESTRALLET.
 — P. LASSALLE.
 — MORAT.
 — OMBRÉDANE.
 — TRIVAS.
 — H. ROGER.
 — P. MASQUIN.
 — BURCKARD.
 — HENRI EY.
 — LE GUILLANT.
 — PICARD.
 — RONDEPIERRE.
 1933. CUEL.
 — PICHARD.
 — VIGNERON d'HEUCQUEVILLE.
 — DUBLINEAU.
 — DAUSSY.
 — POTET.
 1934. CORMAN.
 — LE GRAND.
 — DONNADIEU.
 — LÔO.
 — CARON.
 — LÉCULIER.
 — MARESCHAL.
 — LACAN.
 — Mlle MARTRILLE.
 — MM. DECHAUME.
 — GAUTHIER.

Membres correspondants
depuis :

1934. MM. BARGUES.
 — EMILE ADAM.
 — FREY.
 — SCHÜTZENBERGER.
 — Mlle CULLERRE.
 1935. MM. LAGACHE.
 — GOT.
 — DURAND-SALADIN.
 — J. LASSALE.
 — CHRISTY.
 — DUPYTOUT.
 — TRILLOT.
 — LE SAVOUREUX.
 — RÉMI COURJON.
 — LECLERCQ.
 — TOYE.

Membres correspondants
depuis :

1935. MM. SIVADON.
 — ROUART.
 — J. BOREL.
 — LEULIER.
 — CASALIS.
 — Mlle DEROMBIES.
 — M. RUBENOVITCH.
 1936. Mme MASSON.
 — Mlle DESCHAMPS.
 — MM. MANS.
 — TUSQUES.
 — AUBIN.
 — CRÉMIEUX.
 — VULLIEN.
 — FEUILLADE.
 — TEULIÉ.

Nous donnons ci-dessous la liste et les adresses des membres titulaires, correspondants nationaux et associés étrangers, avec la date de leur entrée dans la Société. Prière d'adresser toutes rectifications au Secrétaire général de la Société Médico-Psychologique.

Membres titulaires honoraires (19)

MM. CAMUS (Paul), 55, quai Bourbon, Paris (IV^e). — 22 décembre 1930.
 DUPAIN (J.-M.), 5, boulevard Saint-Michel, Paris (V^e). — 25 juin 1888.
 GUILLAIN (Georges), 215 bis, boulevard Saint-Germain, Paris (VII^e). — 22 décembre 1930.
 JANET (Pierre), 54, rue de Varenne, Paris (VII^e). — 28 janvier 1895.
 KLIPPEL (Maurice), 63, boulevard des Invalides, Paris (VII^e). — 27 novembre 1893.
 LEGRAIN (Maurice), 9, rue Pelouze, Paris (VIII^e). — 30 juillet 1888.
 LEROY (Raoul), 16, rue Julie, Paris (XIV^e). — 28 mars 1898.
 LWOFF, 14, avenue Marie-Louise, La Varenne-St-Hilaire (Seine). — 20 janvier 1893.
 MARIE (Pierre), 76, rue de Lille, Paris (VII^e). — 22 décembre 1930.
 MEIGE (Henry), allée Boileau, Champignolle, La Varenne-St-Hilaire (Seine). — 28 février 1898.
 NAGEOTTE (J.), 82, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris (VI^e). — 25 juillet 1898.
 PACTET, 35, Grande-Rue, Châtenay (Seine). — 29 février 1892.
 PIÉRON (Henri), 52, route de la Plaine, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — 27 avril 1903.
 ROGUES DE FURSAC (J.), Asile de Villejuif (Seine). — 28 février 1910.
 ROUBINOVITCH (Jacques), 3, rue de Médicis, Paris (VI^e). — 27 juin 1892.

- MM. SÉGLAS (J.), 96, rue de Rennes, Paris (VI^e). — 28 juillet 1884.
 SÉRIEUX (P.), 131, boulevard Brune, Paris (XIV^e). — 25 janvier 1892.
 THOMAS (André), 28, rue Marbeuf, Paris (VIII^e). — 22 décembre 1930.
 TRUELLE (V.), 4, avenue Courteline, Paris (XII^e). — 25 novembre 1901.

Membres titulaires (97)

- MM. ABADIE (J.), 18, rue Porte-Dijeaux, à Bordeaux. — 29 mai 1922.
 ABÉLY (Paul), Asile de Villejuif (Seine). — 30 juin 1924.
 ABÉLY (Xavier), Asile de Villejuif (Seine). — 27 juin 1921.
 ALAJOUANINE (Th.), 120, avenue Victor-Hugo, Paris (XVI^e). — 22 décembre 1930.
 AMELINE (Marius), Mehun-sur-Yèvre (Cher). — 30 mai 1910.
 ANGLADE (Roger-D.), Asile de Villejuif (Seine). — 28 mai 1931.
 AUBRY (J.-M.-E.), Maison de Santé de Maréville (Meurthe-et-Moselle). — 28 mai 1931.
 BARBÉ (André), 39, rue de l'Université, Paris (VII^e). — 24 avril 1911.
 BARUK (Henri), 57, Grande-Rue, à Saint-Maurice (Seine). — 26 janvier 1931.
 BARUK (Jacques), à Angers (Maine-et-Loire). — 26 décembre 1910.
 BAUER (E.), Asile de Naugeat, à Limoges (Haute-Vienne). — 27 avril 1931.
 BAUDOUIN (A.), 5, rue Palatine, Paris (VI^e). — 22 décembre 1930.
 BEAUDOUIN (H.), Asile de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 29 septembre 1924.
 BLONDEL (Ch.), 1, quai Zorn, à Strasbourg (Bas-Rhin). — 21 juillet 1928.
 BONHOMME (J.), 17, rue de Penthievre, à Sceaux (Seine). — 27 novembre 1916.
 BOREL (A.), 11, quai aux Fleurs, Paris (IV^e). — 29 décembre 1923.
 BOURGUIGNON (G.), 15, rue Royer-Collard, Paris (V^e). — 22 décembre 1930.
 BRISSOT (M.), Asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 27 juin 1921.
 BROUSSEAU (Albert), 109, avenue Henri-Martin, Paris (XVI^e). — 30 janvier 1922.
 BUSSARD (Edouard), 8, avenue du Onze-Novembre 1918, à Bellevue (Seine-et-Oise). — 29 juillet 1907.
 BUVAT (J.-B.), 130, rue de la Glacière, Paris (XIII^e). — 27 mars 1905.
 CALMELS (F.-L.), 22, avenue des Gobelins, Paris (V^e). — 25 avril 1927.
 CAPGRAS (J.), Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e). — 29 janvier 1906.
 CARRETTE (Paul), 8, avenue du Onze-Novembre-1918, à Bellevue (Seine-et-Oise). — 31 mai 1926.
 CÉNAC (M.), 3, rue Coetlogon, Paris (VI^e). — 28 juin 1926.
 CEILLIER (André), 20, quai de Béthune, Paris (IV^e). — 28 mai 1923.
 CHARPENTIER (René), 119, rue Perronet, à Neuilly-sur-Seine (Seine). — 30 décembre 1907.
 CLAUDE (Henri), 11, rue Ampère, Paris (XVII^e). — 27 mars 1922.
 COMBEMALÉ (P.), route d'Ypres, à Bailleul (Nord). — 28 mai 1931.

- MM. CODET (Henri), 10, rue de l'Odéon, Paris (VI^e). — 29 décembre 1923.
- COLLET (Georges), 6, avenue des Marronniers, à Fontenay-sous-Bois (Seine). — 23 février 1914.
- COURBON (Paul), Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e). — 18 décembre 1916.
- CROUZON (Oct.), 70 bis, avenue d'Iéna, Paris (XVI^e). — 28 janvier 1935.
- DANJEAN (Alexis), Villa Valmer, 24, boulevard du Tsarevitch, à Nice (Alpes-Maritimes). — 28 mai 1931.
- DELMAS (Achille), 23, rue de la Mairie, à Ivry-sur-Seine (Seine). — 26 avril 1909.
- DEMAÏ (G.), Asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 27 juillet 1914.
- DESRUÈLLES (Maurice), Asile public d'aliénés de Saint-Ylie, par Dole (Jura). — 26 janvier 1931.
- DEVAUX (Albert), 117 bis, rue Perronet, à Neuilly-sur-Seine (Seine). — 24 juillet 1905.
- DIDE (M.), Asile de Braqueville, près Toulouse (Hte-Garonne). — 28 janvier 1901.
- DUMAS (Georges), 6, rue Garancière, Paris (VI^e). — 28 juillet 1890.
- DUPOUY (Roger), 15, Villa du Bel-Air, Paris (XII^e). — 29 juillet 1907.
- EUZIÈRE (J.), 12, rue Marceau, à Montpellier (Hérault). — 28 mai 1931.
- FILLASSIER (M.-J.-A.), 10, quai Galliéni, à Suresnes (Seine). — 27 juin 1910.
- FRIBOURG-BLANC (A.), 15, rue Fays, à Saint-Mandé (Seine). — 22 décembre 1930.
- GENIL-PERRIN (Georges), 99, avenue La Bourdonnais, Paris (VII^e). — 29 décembre 1919.
- GOURIOU (Paul), Asile de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 27 avril 1931.
- GUICHARD (V.), 77, route de Levens, à Nice (Alpes-Maritimes). — 28 mai 1931.
- GUIRAUD (P.), Asile-Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e). — 27 novembre 1922.
- HALBERSTADT (Grégoire), Asile départemental de Saint-Venant (Pas-de-Calais). — 24 novembre 1919.
- HAMEL (J.), Maison de Santé de Maréville (Meurthe-et-Moselle). — 28 mai 1931.
- HARTENBERG (P.), 64, rue de Monceau, Paris (VIII^e). — 24 juin 1907.
- HESNARD (A.), 4, rue Peiresc, à Toulon (Var). — 29 décembre 1923.
- HEUYER (Georges), 1, avenue Emile-Deschanel, Paris (VII^e). — 27 décembre 1926.
- LAGRIFFE (L.), Asile des aliénés, à Quimper (Finistère). — 18 décembre 1905.
- LAIGNEL-LAVASTINE (Maxime), 12 bis, place Laborde, Paris (VIII^e). — 28 juillet 1913.
- LARGEAU (Rob.), 29, rue de Clichy, Paris (IX^e). — 22 décembre 1930.
- LAUZIER (Jean), Asile de la Chartreuse de Dijon (Côte-d'Or). — 26 mars 1928.
- LÉPINE (Jean), 1, place Gailleton, à Lyon (Rhône). — 22 février 1909.
- LERAT (H.), Asile de Lafond, à La Rochelle (Charente-Inférieure). — 28 juillet 1913.

- MM. LÉVY-VALENSI (J.), 48, avenue Victor-Hugo, Paris (XVI^e). — 22 décembre 1930.
- LHERMITTE (J.), 9, rue Marbeuf, Paris (VIII^e). — 28 avril 1924.
- LOGRE (B.), 49, avenue Montaigne, Paris (VIII^e). — 28 juin 1920.
- MAILLARD (Gaston), 2, rue Dispan, à l'Hay-les-Roses (Seine). — 22 décembre 1930.
- MARCHAND (L.), 47, rue Falguière, Paris (XV^e). — 25 mars 1901.
- MARTIMOR (Emm.), Asile de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 23 mai 1932.
- MEURIOT (Henri), Château du Bel-Air, Villeneuve-Saint-Georges (Seine-et-Oise). — 27 décembre 1920.
- MIGNOT (Roger), Asile de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 26 juin 1905.
- M^{me} MINKOWSKA (Françoise), 132, boulevard Montparnasse, Paris (XIV^e). — 25 mai 1925.
- MM. MINKOWSKI (Eugène), 132, boulevard Montparnasse, Paris (XIV^e). — 25 mai 1925.
- NAYRAC (Paul), 25, boulevard Charles-Delesalle, à Lille (Nord). — 28 mai 1931.
- OLIVIER (Maurice), 34, avenue du Maréchal-Maunoury, à Blois (Loir-et-Cher). — 24 juin 1907.
- PASTUREL (Paul-Armand), Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher). — 28 mai 1931.
- PÉRON (Noël), 10, quai Galliéri, à Suresnes (Seine). — 26 janvier 1931.
- PETIT (Georges), 2, avenue Jean-Jaurès, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 27 juin 1921.
- POMMÉ (Bernard), 7, rue José-Maria-de-Heredia, Paris (VII^e). — 26 novembre 1934.
- PORC'HER (Yves-J.-M.), Asile de Villejuif (Seine). — 23 janvier 1933.
- POROT (A.), Clinique Saint-Raphaël, El Biar, Algérie. — 25 novembre 1912.
- RAVIART (G.), 91, rue d'Esquermes, à Lille (Nord). — 29 mai 1922.
- RAYNEAU (James-A.), 117, boulevard Jourdan, Paris (XIV^e). — 28 mai 1909.
- REVAULT D'ALLONNES (Gab.), Château du Bel-Air, à Villeneuve-Saint-Georges (Seine-et-Oise). — 30 juin 1919.
- ROBERT (J.), 37, rue Rouget-de-l'Isle, à Auch (Gers). — 26 juin 1922.
- RODIET (A.), 21, villa Ledoux, à Nogent-sur-Marne (Seine). — 25 novembre 1907.
- ROUGEAN (R.), 12, rue Dagobert, à Saint-Lô (Manche). — 26 janvier 1931.
- SANTENOISE (Ach.), 45, rue des Arènes, à Dole (Jura). — 28 mai 1931.
- SANTENOISE (Daniel), 96, rue de Strasbourg, à Nancy (Meurthe-et-Moselle). — 26 novembre 1923.
- SENGÈS (N.), Asile de Vacluse à Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 22 décembre 1930.
- SIMON (Th.), Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e). — 24 mai 1909.
- TARGOWLA (René), 169, rue de l'Université, Paris (VII^e). — 29 décembre 1923.

- M^{me} THUILLIER-LANDRY (L.), 102, rue de Grenelle, Paris (VII^e). — 26 janvier 1931.
- MM. TINEL (J.), 254, boulevard St-Germain, Paris (VII^e). — 22 décembre 1930.
- TOULOUSE (Ed.), 40, avenue du Parc-Montsouris, Paris (XIV^e). — 27 juin 1892.
- VIEUX (N.), à Divonne-les-Bains (Ain). — 24 juin 1912.
- VIGNAUD (J.-B.), 4, avenue d'Orléans, Paris (XIV^e). — 28 novembre 1927.
- VINGHON (Jean), 108, rue du Bac, Paris (VII^e). — 27 juin 1921.
- VURPAS (Cl.), 161, rue de Charonne, Paris (XI^e). — 27 juillet 1903.
- WAHL (Maurice), 15, boulevard Verne, à Sainte-Anne, Marseille (Bouches-du-Rhône). — 22 juillet 1901.
- WALLON (Henri), 19, rue de la Tour, Paris (XVI^e). — 22 décembre 1930.

Membres Correspondants Nationaux (124)

- MM. ADAM (Emile), Maison de Santé Saint-Georges, à Bourg (Ain). — 18 décembre 1934.
- ADAM (Frantz), Asile de Rouffach (Haut-Rhin). — 23 février 1931.
- ALBÈS, Asile de Châlons-sur-Marne (Marne). — 26 mai 1913.
- ALLAMAGNY (P.), 46, boulevard Carnot, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — 29 mars 1921.
- ARTUR (R.), 3, rue Amiral-Reveillère, à Brest (Finistère). — 22 juin 1931.
- AUBIN (Henri), 6, rue Victor-Maurel, à Marseille-Endoume (Bouches-du-Rhône). — 26 octobre 1936.
- BARGUES (Roger), Asile public d'aliénés d'Agen (Lot-et-Garonne). — 26 novembre 1934.
- BARRÉ (J.-A.), 8, avenue de la Paix, à Strasbourg (Bas-Rhin). — 26 janvier 1931.
- BEAUSSART (P.), Asile de Fleury-les-Aubrais (Loiret). — 25 novembre 1912.
- BENON (R.-L.), Hospice Saint-Jacques, à Nantes (Loire-Inférieure). — 24 novembre 1919.
- BOREL (J.), Asile de Breuty-la-Couronne (Charente). — 23 décembre 1935.
- BOUDON (L.), 179, boulevard Saint-Germain, Paris (VII^e). — 28 juillet 1919.
- BRETON (A.), 15, place Darcy, à Dijon (Côte-d'Or). — 27 novembre 1899.
- BURCKARD (E.), Asile de Stephansfeld (Bas-Rhin). — 27 juin 1932.
- CALMETTES (Albert), Asile de Naugeat, à Limoges (Haute-Vienne). — 27 avril 1931.
- CARON (Marcel), Asile de Chezal-Benoît (Cher). — 25 juin 1934.
- CASALIS (B.-A.), 40, avenue Horace-Vernet, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — 23 décembre 1935.
- CHARTIER (M.), 9 bis, avenue des Fleurs, à Nice (Alpes-Maritimes). — 26 janvier 1931.
- CHÉNAIS (L.), 6, rue Piccini, Paris (XVI^e). — 30 mars 1903.

- MM. CHRISTY (Henri-Ed.), Maison de Santé départementale, Le Mans (Sarthe). — 24 juin 1935.
- COLOLIAN (P.), 37 bis, rue de Ponthieu, Paris (VIII^e). — 27 octobre 1902.
- CORMAN (Louis), Hospice Général de Nantes (Loire-Inférieure). — 26 février 1934.
- CORNÉLIUS (René), 7, avenue Constant-Coquelin, Paris (VII^e). — 22 décembre 1930.
- COSSA (Paul), 29, boulevard Victor-Hugo, à Nice (Alpes-Maritimes). — 22 juin 1931.
- COURJON (Jean), Asile privé de Meyzieux (Isère). — 29 juillet 1918.
- COURJON (Rémi), Asile privé de Meyzieux (Isère). — 28 octobre 1935.
- CRÉMIEUX (Albert), 255, rue Paradis, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — 26 octobre 1936.
- CUEL (J.-R.), 2, rue Dorian, Paris (XII^e). — 23 janvier 1933.
- M^{lle} CULLERRE (Elisabeth), Asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle). — 18 décembre 1934.
- MM. DADAY (P.), 57, Grande-Rue, à Saint-Maurice (Seine). — 26 janvier 1931.
- DAUSSY (H.), Asile Saint-Méen, à Rennes (Ille-et-Vilaine). — 26 juin 1933.
- DECHAUME (Jean), 13, quai Victor-Augagneur, à Lyon (Rhône). — 26 novembre 1934.
- DELAVILLE (M.), 9, boulevard Malesherbes, Paris (VIII^e). — 22 décembre 1930.
- DELMAS (Paul), 23, rue de la Mairie, à Ivry-sur-Seine (Seine). — 23 février 1931.
- DELMAS-MARSALET (A.), 79, Cours Aristide-Briand, à Bordeaux (Gironde). — 27 avril 1931.
- M^{lle} DEROMBIES (M.), Asile de Saint-Yllie, près Dole (Jura). — 23 décembre 1935.
- M^{lle} DESCHAMPS (Andrée), Asile de Rodez (Aveyron). — 24 février 1936.
- MM. DONNADIEU (A.), Hôpital neuro-psychiatrique de Ber-Rechid (Maroc). — 28 mai 1934.
- DUBLINEAU (J.), 104, rue de Roubaix, Armentières (Nord). — 27 février 1933.
- DUMOLARD (Léon), 64, rue d'Isly, à Alger. — 26 janvier 1931.
- DUPYTOUT (Gabriel), 11, rue Armand-Barbès, à Limoges (Haute-Vienne). — 24 juin 1935.
- DURAND-SALADIN (Jean), 10, quai Galliéni, à Suresnes (Seine). — 24 juin 1935.
- EISSEN (Jean), Asile de Stephansfeld, à Brumath (Bas-Rhin). — 26 juin 1922.
- ERNST (Henri), à Divonne-les-Bains (Ain). — 28 mai 1931.
- EY (Henri), Asile de Bonneval (Eure-et-Loir). — 27 juin 1932.
- FEUILLADE (Maurice), 19 bis, quai Tilsitt, à Lyon (Rhône). — 23 novembre 1936.
- FOLLY (E.), 4, rue Lebeuf, Auxerre (Yonne). — 27 avril 1931.
- FREY (Bernard), Asile de Rouffach (Haut-Rhin). — 18 décembre 1934.
- FROMENTY (L.), 32, rue de l'Hospitalité, à Tours (Indre-et-Loire). — 28 décembre 1931.
- GALLAIS (Alf.), 58, rue de Rennes, Paris (VI^e). — 22 décembre 1930.
- GAUTHIER (M.), Ecole du Service de Santé militaire, à Lyon (Rhône). — 26 novembre 1934.

- MM. GILLES (André), Asile Saint-Luc, à Pau (Basses-Pyrénées). — 29 avril 1918.
- GONNET (A.), 21, rue Brossard, à Saint-Etienne (Loire). — 26 janvier 1931.
- GOT (Roger), Asile de Sarreguemines (Moselle). — 25 mars 1935.
- GRIMBERT (Ch.), 11, rue Duroc, Paris (VII^e). — 30 mars 1931.
- HYVERT (M.), Asile de Dury-les-Amiens (Somme). — 26 janvier 1931.
- JUDE (R.), Villa Bienvenue, boulevard Tanneur (Pointe-Rouge), à Marseille (Bouches-du-Rhône). — 26 janvier 1931.
- LABUCHELLE (M.), 9, rue du Colisée, à Bordeaux (Gironde). — 27 avril 1931.
- LACAN (Jacques), 97, boulevard Malesherbes, Paris (VIII^e). — 22 octobre 1934.
- LAGACHE (Daniel), 2, rue Georges de Porto-Riche, Paris (XIV^e). — 28 janvier 1935.
- LAHY (J.-M.), 22, avenue de l'Observatoire, Paris (V^e). — 22 décembre 1930.
- LAMACHE (Alex.), 27, boulevard de la Liberté, à Rennes (Ille-et-Vilaine). — 23 février 1931.
- LARRIVÉ (E.), 192 bis, route de Vienne, à Lyon (Rhône). — 23 novembre 1931.
- LASSALE (Jean), Ecole d'Application du Service de Santé Militaire du Val-de-Grâce, 277 bis, rue Saint-Jacques, Paris (V^e). — 24 juin 1935.
- LASSALLE (Pierre), Asile public d'aliénés d'Auch (Gers). — 22 février 1932.
- LECLERCQ (P.), 40, avenue Horace-Vernet, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — 28 octobre 1935.
- LÉCULIER (Pierre), Asile du Bon-Sauveur, à Bégard (Côtes-du-Nord). — 25 juin 1934.
- LE GRAND (André), 27, rue de la Bassée, à Lille (Nord). — 23 avril 1934.
- LE GUILLANT (Louis), Asile de La Charité-sur-Loire (Nièvre). — 27 juin 1932.
- LEMOINE, 25, boulevard de la Liberté, à Lille (Nord). — 27 février 1888.
- LE SAVOUEUX (Henri), Maison de Santé de La Vallée-aux-Loups, à Châtenay-Malabry (Seine). — 24 juin 1935.
- LEULIER (P.-M.), 29, avenue Horace-Vernet, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — 23 décembre 1935.
- LÔO (Pierre), Institut neuropsychiatrique de La Charité-sur-Loire (Nièvre). — 28 mai 1934.
- MACÉ DE LÉPINAY (Ch.), 4, rue d'Angivilliers, à Versailles (Seine-et-Oise). — 26 janvier 1931.
- MANS (Jean), Asile de Leyme (Lot). — 27 avril 1936.
- MARESCHAL (Pierre), Hôpital de La Manouba (Tunisie). — 25 juin 1934.
- MARTIN-SISTERON (M.), 14, rue Edmond-Rey, à Grenoble (Isère). — 26 janvier 1931.
- M^{lle} MARTRILLE (Denise), Etablissement neuropsychiatrique de La Charité-sur-Loire (Nièvre). — 22 octobre 1934.
- M. MASQUIN (Pierre), 10, rue d'Annanelle, à Avignon (Vaucluse). — 23 mai 1932.
- M^{me} MASSON (Agnès), Asile de Saint-Alban (Lozère). — 27 janvier 1936.
- M. MEIGNANT (Paul), 8, rue Saint-Lambert, à Nancy (Meurthe-et-Moselle). — 26 janvier 1931.

- MM. MESTRALLET (André), 196, route de Vienne, à Lyon (Rhône). — 26 janvier 1932.
- MOLIN DE TEYSSIEU (Gérard), 14, rue Blanc-Dutrouilh, à Bordeaux (Gironde). — 28 novembre 1921.
- MONTASSUT (Marcel), 12, rue Quatrefoies, Paris (V^e). — 28 juin 1928.
- MORAT (Daniel), 10, rue Coutureau, à Saint-Cloud (Seine-et-Oise). — 22 février 1932.
- OMBRÉDANE (André), 124, avenue Emile-Zola, Paris (XV^e). — 25 avril 1932.
- OSSIP-LOURIÉ, 42, avenue de Wagram, Paris (XVII^e). — 25 novembre 1912.
- PARANT (Victor), Saint-Loup par Saint-Géniès (Haute-Garonne). — 17 avril 1905.
- M^{lle} PASCAL (C.), Asile de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 26 juin 1911.
- MM. PAUL-BONCOUR (Georges), 164, faubourg Saint-Honoré, Paris (VIII^e). — 27 avril 1925.
- PERPÈRE (Eugène), 4, rue des Maronniers, Paris (XVI^e). — 24 décembre 1906.
- PERRUSSEL (Georges), Asile Saint-Pierre, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — 28 mai 1931.
- PICARD (Jean), Asile de Bonneval (Eure-et-Loir). — 28 novembre 1932.
- PICHARD (Henry), 23, rue Saint-Germain, à Fontenay-sous-Bois (Seine). — 23 janvier 1933.
- POTEL (R.), 57, rue du Port, à Lorient (Morbihan). — 29 décembre 1923.
- POTET (M.), Directeur du Service de Santé des Troupes du Maroc, à Rabat. — 27 novembre 1933.
- PRINCE (A.), Asile de Rouffach (Haut-Rhin). — 25 février 1924.
- QUERCY (Pierre), Asile de Château-Picon, à Bordeaux (Gironde). — 23 décembre 1922.
- REBOUL-LACHAUX (Ch.), 8, boulevard Salvator, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — 26 novembre 1923.
- RENAUX (J.), Asile de Saint-Gemmes, près Angers (Maine-et-Loire). — 31 mai 1920.
- RICHE (A.), 28, rue Drouot, Paris (IX^e). — 25 février 1905.
- ROBIN (Gilbert), 9, rue de Vézelay, Paris (VIII^e). — 27 avril 1925.
- ROGER (Henri), 66, boulevard Notre-Dame, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — 25 avril 1932.
- RONDEPIERRE (Jacques), Asile de Fains (Meuse). — 23 décembre 1932.
- ROUART (J.), 40, rue de Villejust, Paris (XVI^e). — 23 décembre 1935.
- RUBENOVITCH (P.), 15, rue Saint-Simon, Paris (VII^e). — 23 décembre 1935.
- SCHAEFFER (Henri), 170, rue de la Pompe, Paris (XVI^e). — 22 décembre 1930.
- SCHIFF (Paul), 14, rue César-Franck, Paris (XV^e). — 22 décembre 1930.
- SCHÜTZENBERGER (Pierre), 34, avenue du Maréchal-Maunoury, à Blois (Loir-et-Cher). — 18 décembre 1934.
- SIVADON (Paul), Colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier). — 25 novembre 1935.
- SIZARET (J.), Asile d'aliénés de Pontorson (Manche). — 27 février 1905.
- TEULIÉ (Guilhem), Asile de Vauclair, par Monpont (Dordogne). — 28 décembre 1936.

- MM. TOYE (G.-P.), Asile de Bailleul (Nord). — 28 octobre 1935.
 TRILLOT (Jean), Asile du Bon-Sauveur, à Albi (Tarn). — 24 juin 1935.
 TRIVAS (J.), Asile de Niort, 7, rue de Navailles, (Deux-Sèvres). — 25 avril 1932.
 TUSQUES (Jean), 26, avenue de la Porte-Brunet, Paris (XIX^e). — 22 juin 1936.
 VERNET (Georges), Asile de Beauregard, à Bourges (Cher). — 28 novembre 1904.
 VIAN (L.), 49, rue Pastorelli, à Nice (Alpes-Maritimes). — 28 juin 1920.
 VIÉ (J.), Asile de Moisselles (Seine-et-Oise). — 22 décembre 1930.
 VIGNERON d'HEUCQUEVILLE (G.), Asile de Bailleul (Nord). — 23 janvier 1933.
 VILLEY-DESMESERETS (G.), 130, rue de la Glacière, Paris (XIII^e). — 23 février 1931.
 VOIVENEL (Paul), 18, rue de la Dalbade, à Toulouse (Haute-Garonne). — 28 juillet 1913.
 VULLIEN (Robert), 93, rue d'Esquermes, à Lille (Nord). — 26 octobre 1936.
 M^{me} WEINBERG, 20, rue Daviel, Paris (XIII^e). — 22 décembre 1930.

Membres associés étrangers (171)

Amérique (Etats-Unis d')

- M^{me} ALEXANDER (Harriet-C.-B.), 303, Ravine Drive, Highland Park (Illinois). — 25 mars 1912.
 MM. BLUMER (George-Adler), Superintendent Emeritus, Butler Hospital, 196, Blackstone Blvd, Providence (Rhode Island). — 30 octobre 1899.
 BRIGGS (L.-Vernon), 64, Beacon Street, Boston (Massachusetts). — 27 novembre 1916.
 CAMPBELL (C.-Macfie), Director, Boston Psychopathic Hospital, 74, Fenwood Road, Boston (Massachusetts). — 28 mai 1931.
 FARNELL (Frederick-J.), 577, Angell Street, Providence (Rhode Island). — 30 novembre 1925.
 GORDON (Alfred), 1812, Spruce Street, Philadelphie (Pennsylvania). — 22 février 1909.
 GREENE (Ransom-A.), Superintendent, Walter E. Fernald State School, Waverley (Massachusetts). — 28 mai 1931.
 JELLIFFE (Smith Ely), Managing editor of the *Journal of Nervous and Mental Disease*, 64, West 56th Street, New-York City. — 28 mai 1934.
 LIBER (Amour-F.), Neurological Hospital, Welfare Island, New-York City. — 18 décembre 1934.
 MAY (James V.), Superintendent, Boston State Hospital, Dorchester Center (Massachusetts). — 27 novembre 1933.
 M^{me} ROBINOVITCH (Louise-G.), Golden (Colorado). — 30 octobre 1899.
 MM. ROSANOFF (Aaron-J.), 2007, Wilshire Blvd., Los-Angeles (California). — 28 mai 1931.
 THOM (Douglas-A.), 520, Commonwealth Avenue, Boston (Massachusetts). — 28 novembre 1927.

Argentine (République)

- MM. BOSCH (Gonzalo), Professeur à l'Université du Littoral, Directeur de l'Hospicio de las Mercedes, Buenos-Aires. — 27 février 1933.
- DELFINO (Victor), Buenos-Aires. — 22 mars 1910.
- DIMITRI (Vicente), Professeur de Neurologie à la Faculté de Médecine de Buenos-Aires, Chef du Service de Neurologie de l'Hôpital de Alvear, Suipacha, 819, Buenos-Aires. — 23 avril 1934.
- GORRITI (Fernando), Vice-Directeur de la Colonie Nationale d'Aliénés « Dr Domingo Cabred », Bulnes, 945, Buenos-Aires. — 23 février 1931.
- LÓPEZ (Lucio-Vicente), 419, Tucumán, Buenos-Aires. — 23 février 1931.
- LOUDET (Oswaldo), Professeur adjoint de Clinique psychiatrique et Professeur extraordinaire de Psychologie à l'Université de Buenos-Aires. — 22 juin 1936.
- PINERO (Hector-M.), Secretario de la Sociedad de Neurologia y Psiquiatria, 1686, Tucumán, Buenos-Aires. — 23 février 1931.
- ROJAS (Nerio), Professeur de Médecine légale à l'Université, 736, Rodriguez Peña, Buenos-Aires. — 26 janvier 1932.

Autriche

- M. WAGNER-JAUREGG, Professeur, 18, Mandesgerichtsstrasse, Vienne. — 27 avril 1931.

Belgique

- MM. DE CRAENE (Efn.), Agrégé à l'Université, 48, rue du Lac, Bruxelles. — 30 mai 1929.
- D'HOLLANDER, Professeur à l'Université, 86, rue Vital-Decoster, Louvain. — 25 novembre 1907.
- DU CHATEAU, Inspecteur général, 36, rue Alfred-Giron, Bruxelles. — 26 février 1900.
- FRANCOTTE, Professeur à l'Université, 15, quai de Grande-Bretagne, Liège. — 31 décembre 1894.
- HOEDEMAKERS (W.), Médecin du Service d'Anthropologie pénitentiaire, 11, avenue Michel-Ange, Bruxelles. — 29 décembre 1921.
- HOVEN, Médecin-directeur de l'Asile d'aliénés de l'Etat, Mons. — 25 novembre 1918.
- LEY (Auguste), Professeur à l'Université, 200, avenue du Prince-d'Orange, Uccle-lès-Bruxelles. — 29 mai 1922.
- LEY (Jacques), Agrégé de l'Enseignement Supérieur, 11, rue de la Luzerne, Bruxelles, 3. — 22 octobre 1934.
- LEROY (Alphonse), Médecin-Chef du Sanatorium Sainte-Agathe, Liège. — 25 avril 1932.
- MEEUS, Médecin en chef de l'Asile de Mortsels, 21, rue des Nerviens, Anvers. — 29 février 1904.
- SANO (Fritz), Médecin-directeur de la Colonie familiale de Gheel. — 30 octobre 1899.
- TITECA (Jean), Agrégé de l'Université, Médecin-Chef du Centre neuro-psychiatrique, 28, Chaussée de Dieleghem, Jette-Bruxelles. — 25 novembre 1935.

- MM. VAN BOGAERT (Ludo), Agrégé à l'Université de Bruxelles, 22, rue d'Arenberg, Anvers. — 18 décembre 1934.
- M^{me} VANDERVELDE-BEECKMAN, Médecin du Service d'Anthropologie pénitentiaire, Résidence-Palace, rue de la Loi, Bruxelles. — 30 mai 1929.
- MM. VERMEYLEN (G.), Professeur à l'Université, Médecin principal de l'Institut Universitaire de Psychiatrie, 28, rue Saint-Bernard, Bruxelles. — 28 février 1931.
- VERSTRAETEN (Paul), Médecin en Chef de l'Institut Caritas, à Melle, près Gand. — 28 mai 1934.
- VERVAECK (Louis), Directeur général du Service d'Anthropologie pénitentiaire, 35, rue Verhulst, Uccle-lèz-Bruxelles. — 30 mai 1929.
- VERVAECK (Paul), Inspecteur des Asiles et Internats médico-pédagogiques, 35, rue Verhulst, Uccle-lèz-Bruxelles. — 25 novembre 1935.
- VILLERS, Agrégé à l'Université, 31, rue Montoyer, Bruxelles. — 26 février 1900.

Brésil

- MM. FERRAZ-ALVIM (James), 29, rue Benjamin-Constant, São-Paulo. — 28 octobre 1935.
- OLINTO (Plinio), 890, Copacabana, Rio-de-Janeiro. — 22 juin 1931.
- PACHECO E SILVA (A.-C.), Hôpital de Juquery, São-Paulo. — 22 juin 1931.
- PEIXOTO (Afranio), Professeur de Médecine légale à la Faculté, Rio-de-Janeiro. — 29 février 1904.
- ROCHA (Franco da), Directeur-Médecin de l'Hôpital de Juquery, São-Paulo. — 24 décembre 1906.
- ROXO (Henrique de Brito Belford), Professeur de Clinique psychiatrique à l'Université, Rio-de-Janeiro. — 26 mai 1924.
- SOUZA-LEITE (José), ancien Interne des Asiles de la Seine, Bahia. — 11 novembre 1889.
- VIANNA (Ulysses), Professeur, 106, calle Alvaro-Ramos, Rio-de-Janeiro, — 27 avril 1931.

Grande-Bretagne

- Sir ARMSTRONG-JONES, Lord Chancellor's Visitor in Lunacy, 9, Bramham Gardens, London, S. W. 5. — 26 janvier 1931.
- M. BOLTON (Joseph Shaw), Professor, West Riding Mental Hospital, Wakefield (England). — 28 novembre 1927.
- Sir BOND (Hubert), Commissioner of the Board of Control, Caxton House West, Tothill Street, Westminster, London S. W. — 30 mai 1926.
- MM. BRUCE (Alexander-Ninian), 8, Ainslie Place, Edinburgh (Scotland). — 28 novembre 1927.
- CHAMBERS (James), The Priory, Roehampton (England). — 25 mai 1912.
- Sir CRICHTON-BROWNE (James), ancien Lord Chancellor's Visitor, 45, Hans Place, London S. W. 1. — 31 octobre 1881.
- MM. GOODALL (Edwin), « Fairlawn », Kingsway, Hove, Sussex (England). — 30 juin 1902.
- GORDON (George), 14, Guessens Court, Welwyn Garden City, Herts (England). — 29 mai 1922.

- MM. JAMES (G. W. B.), Médecin psychiatre du St-Mary's Hospital, 124, Harley Street, London W. 1. — 26 novembre 1934.
- MARR (Hamilton), 10, Succoth Avenue, Edinburgh (Scotland). — 30 mai 1927.
- ROSS (Donald), Argyll and Bute Asylum, Lochgilphead, Argyll Scotland). — 30 mai 1927.
- RUTHERFORD (James), Brislington House, Bristol (England). — 31 octobre 1881.
- SMITH (Percy), ancien Superintendant de l'Hôpital de Bethlem, 42 Albion Street, London, W. 2. — 24 juin 1895.
- WORTH (Reginald), Springfield Mental Hospital, Tooting, London, S. W. 17. — 28 novembre 1927.

Canada

- MM. CARON (Sylvio), professeur agrégé à l'Université Laval, Médecin de l'Hôpital Saint-Michel-Archange, Mastaï, Québec. — 26 janvier 1932.
- CHAGNON, Médecin de l'Hôtel de Ville, Département de la Santé, Montréal. — 27 mars 1899.
- DESLOGES (A.-H.), Directeur médical général des Hôpitaux d'aliénés, 515, Saint-Gabriel, Montréal. — 30 mars 1931.
- DEVLIN, ancien Surintendant médical de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, près Montréal. — 30 mars 1931.
- LARIVIÈRE (Paul), Médecin de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, Montréal. — 27 juin 1932.
- LEFEBURE DE BELLEFEUILLE (Gaston), Professeur à l'Université de Montréal, médecin de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu. — 30 mars 1931.
- MILLER (J.-Ch.), Médecin de l'École La Jemmerais, Mastaï, Québec. — 27 juin 1927.
- NOËL (Omer), Surintendant médical, Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, près Montréal. — 30 janvier 1928.
- PLOUFFE (Daniel), Surintendant médical, Hôpital de Bordeaux, près Montréal. — 30 janvier 1928.
- ROY (C.-S.), Surintendant médical, Hôpital Saint-Michel-Archange, Mastaï, Québec. — 30 mars 1931.

Chili

- MM. BECA (Manuel), casa de Crates, Santiago. — 29 mars 1897.
- FONTECILLA (Oscar), Professeur, 330, Sante-Lucia, Santiago. — 28 mai 1931.

Colombie

- M. MAXIMILIANO RUEDA (G.), Professeur de Psychiatrie à la Faculté, Médecin en Chef de l'Asile d'aliénés, Bogota. — 26 février 1934.

Cuba

- M. VALDES ANCIANO (J.-A.), Professeur à l'Université de La Havane. — 28 novembre 1910.

Danemark

- MM. CHRISTIANSEN (Viggo), 18, Lille Strandweg, Hellerup, Copenhague. — 28 juin 1926.
 WIMMER (Aug.), Doyen de la Faculté de Médecine, Universitets Laboratorium, 15, Nønevoldgade, Copenhague. — 28 février 1918.

Egypte

- M. HADGES, Le Caire. — 11 novembre 1889.

Espagne

- MM. ALVAREZ Y G. SALAZAR, 2, c. Conde de Xiquerra, Madrid. — 28 mai 1931
 BRAVO Y MORENO (F.), Médecin-légiste, 76, c. Salméron, Barcelone. — 25 juillet 1910.
 GERMAIN-CEBRIAN (José), Chef de la Section de psychiatrie et d'hygiène mentale de la Direction générale de Santé, Directeur de l'Institut psychotechnique, 7, Espalter, Madrid. — 26 novembre 1934.
 GIMENO-RIERA (J.), Médecin-directeur de l'Asile d'aliénés, 2, Paseo de Pamplona, Saragosse. — 30 mai 1910.
 IRIGOYEN (José-Ciriaco), 369, Avenida 14 de Abril, Barcelone. — 23 novembre 1909.
 RODRIGUEZ-ARIAS (Belarmino), Professeur à la Faculté de Médecine, via Augusta, 61, Barcelone. — 26 mars 1923.
 VIVES (Salvador), 88, c. Caspe, Barcelone. — 26 juillet 1921.

Esthonie

- M. PUUSEPP (Louis), Professeur à l'Université Karlova, à Tartu. — 30 mai 1927.

Grèce

- MM. CATSARAS (Michel), Professeur à l'Université, membre de l'Académie de Médecine, 1, rue Mavromichali, Athènes. — 25 octobre 1886.
 KOURÉTAS (Démètre), Chargé de Cours à l'Ecole du Service de Santé Militaire, 33, rue Solonos, Athènes. — 27 novembre 1933.
 LOVERDO (G. de), Secrétaire général de la Société de neurologie et de psychiatrie, 21, rue Sina, Athènes. — 18 décembre 1934.
 MITAFTIS (Télémaque), Professeur agrégé à l'Université, 68, rue de l'Académie, Athènes. — 30 octobre 1889.
 TRIANTAPHYLLOS (Denis), 1, rue Deligeorgi, Athènes. — 30 mars 1931.
 VLAVIANOS (S.), Professeur agrégé à l'Université, 16, rue Zinonos, Athènes. — 25 mai 1912.
 VLAVIANOS (Georges-J.), Chef de clinique des maladies nerveuses et mentales à l'Université, 53, rue Patission, Athènes. — 18 décembre 1934.
 YANNIRIS, Médecin de l'Asile de Domocaitis. — 28 mai 1900.

Haïti

- M. MARS (Louis), à Pétionville. — 24 juin 1935.

Hollande

M. VAN DER SCHEER, Professeur à l'Université de Groningen. — 22 février 1932.

Italie

MM. ALBERTI (Angelo), Directeur de l'Asile d'aliénés de Genova. — 30 décembre 1907.

ANTONINI (Giuseppe), ancien Directeur de l'Asile d'aliénés de Mombello (Milan). — 27 juin 1904.

BACCELLI (Mario), Médecin-chef de l'Asile d'aliénés de Como. — 20 février 1914.

BOSCHI (Gaetano), Directeur de l'Asile d'aliénés de Ferrara. — 29 décembre 1913.

CAPPELLETTI (Luigi), Directeur des Asiles d'aliénés de Venezia. — 28 mai 1906.

CASCELLA (Francesco), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés d'Aversa. — 30 mars 1896.

CAZZAMALLI (Ferdinando), privat-docent de psychiatrie, Milan. — 20 février 1911.

DEL GRECO (Francesco), Directeur de l'Asile d'aliénés d'Aquila. — 27 juillet 1903.

DONAGGIO (Arturo), Doyen de la Faculté de Médecine de Modena. — 28 mai 1931.

D'ORMEA (Antonio), Directeur de l'Asile d'aliénés de Siena. — 29 juin 1908.

FORNACA (Giacinto), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés de S. Onofrio, Rome. — 30 novembre 1908.

GUALINO (Lorenzo), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés d'Alexandrie. — 29 juin 1914.

LAMBRANZI (Ruggero), Directeur de l'Asile d'aliénés de Vérone. — 13 juillet 1906.

LÉVI-BIANCHINI (Marco), Directeur de l'Asile d'aliénés de Nocera-Inferiore. — 27 mars 1916.

LUCANGELI (Gian-Luca), 19, via Cola da Rienzo, Rome. — 31 juillet 1911.

MAGGIOTTO (Ferdinando), Directeur de l'Asile d'aliénés de Como. — 29 janvier 1912.

MARAGNANI (Luigi), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés d'Alexandrie. — 27 juillet 1914.

MEDEA (Eugenio), Chargé de cours à l'Université de Milan. — 28 juillet 1902.

MUGGIA (Giuseppe), Directeur de l'Asile d'aliénés de Sondrio. — 25 novembre 1907.

PADOVANI (Emilio), Directeur de l'Asile d'aliénés de Rovigo. — 20 février 1914.

RIVA (Gaetano), ancien Directeur de l'Asile d'aliénés d'Ancone. — 27 mars 1882.

RUATA (Guido), Directeur de l'Asile d'aliénés de Novara. — 24 juin 1912.

SALERNI (Aleardo), Vice-directeur de l'Asile de Vérone. — 27 mars 1911.

SANGUINETI (L. R.), Expert psychiatre près la Cour d'Appel de Gênes, 2, via Serbelloni, Milan. — 28 mai 1934.

- MM. SAPORITO (Filippo), Directeur du Manicome judiciaire d'Aversa. —
19 décembre 1904.
SEPPILLI (Giuseppe), Directeur de l'Asile d'aliénés de Brescia. —
27 mars 1882.
TAMBRONI (Ruggero), ancien Directeur de l'Asile d'aliénés de Ferrara. —
28 avril 1902.
TAMBURINI (Arrigo), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés d'Ancône. —
17 mai 1916.

Norvège

- MM. EVENSEN (Hans), Médecin-directeur de l'Asile de Gaustad, près Oslo. —
29 avril 1907.
TIDEMAND-JOHANESSEN, Oslo. — 25 avril 1921.

Pérou

- M. TRELLES (Jules-Oscar), Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Apartado, 2.184, Lima. — 25 mars 1935.

Pologne

- MM. ORZECZOWSKI (Casimir), Professeur à l'Université, 6, place Napoléon, Varsovie. — 22 juin 1931.
SCHMIERGELD, 27, rue Srodmiejska, Lodz. — 29 juin 1908.

Portugal

- MM. BAHIA JUNIOR, Hospital do Conde de Ferreira, Porto. — 30 mars 1931.
BETTENCOURT (Rodríguez), 3, rua da Imprensa, Lisbonne. — 25 juillet 1887.
BROCHADO (Alberto), Hospital do Conde de Ferreira, rue de Costa Cabral, 1218, à Porto. — 24 février 1936.
MARTINS (Lopès), Professeur, à l'Université, Porto. — 29 juillet 1908.
MOURA (Elysio de), Professeur de neurologie et de psychiatrie à l'Université de Coïmbra. — 26 novembre 1934.
PIRES DE LIMA (Augusto), Directeur des Services de neurologie et de psychiatrie à l'Hôpital Matozinhos, 588, rue Heroïs de Chaves, Porto. — 23 novembre 1936.

Roumanie

- MM. CAHANE MARES, Médecin-Chef de l'Hôpital des Maladies mentales et nerveuses, Diciosanmartin (Transylvanie). — 22 octobre 1934.
CANTACUZÈNE (Jean), 12, rue Vasile-Parvan, Bucarest. — 26 octobre 1936.
DIMOLESCU (Alfred), Médecin de l'Hôpital Central des Maladies mentales et nerveuses, Bucarest, 2 bis, rue de la Mélodie. — 23 mai 1932.
PADEANO, Assistant à la Clinique psychiatrique de Bucarest, 22, Str. Washington. — 23 mai 1932.
PARHON (C.-I.), Professeur à la Faculté de Médecine, 3, rue Lutérane, Bucarest. — 26 janvier 1931.

- MM. PAULIAN (Démètre-Em.), Médecin-chef à l'Hôpital Central des maladies mentales et nerveuses, conférencier à la Faculté de Médecine, 31, Str. Armenească, Bucarest. — 26 janvier 1931.
- PITULESCO (Pierre), 2, Strada Episcopici, Bucarest. — 27 avril 1931.
- STANESCO (Jean), Médecin de l'Hôpital pour Maladies mentales et nerveuses de Sibiu, 10, rue Deparateanu, Bucarest. — 24 octobre 1932.
- URECHIA (C. I.), Professeur à l'Université, 1, rue Pasteur, Cluj. — 30 mars 1931.

Suède

- M. KINBERG (Olof), Professeur, Saltsjöbaden. — 28 mai 1931.

Suisse

- MM. BERSOT (Henri), Clinique Bellevue, Le Landeron Neuchâtel. — 27 décembre 1926.
- BOVEN (William), privat-docent à l'Université, 2, avenue de la Gare, Lausanne. — 31 octobre 1927.
- FLOURNOY (Henri), privat-docent à l'Université, 6, rue Monnetier, Genève. — 27 novembre 1922.
- FOREL (O.-L.), privat-docent à l'Université de Genève, Médecin-chef des Cliniques de Prangins, à Nyon. — 23 novembre 1930.
- LADAME (Charles), Professeur de Clinique des maladies mentales à l'Université, Directeur de l'Asile Clinique psychiatrique de Bel-Air, Genève. — 26 février 1912.
- MARTIN (Joannès), Professeur honoraire de médecine mentale à l'Université Veyrier, Genève. — 26 février 1895.
- MINKOWSKI (M.), Professeur de Neurologie à l'Université, Freiestrasse 55, Zurich. — 28 janvier 1935.
- MOREL (Ferdinand), Privat-docent à l'Université de Genève, Médecin-adjoint à la Clinique psychiatrique de Bel-Air. — 18 décembre 1934.
- NAVILLE (F.), Professeur de Médecine légale à l'Université, 8, rue Saint-Léger, Genève. — 30 juin 1930.
- REPOND (André), Directeur de la Maison de Santé de Malévoz, Monthey, Valais. — 28 novembre 1927.
- SAUSSURE (Raymond de), Privat-docent à l'Université, 2, Tertasse, Genève. — 25 mars 1929.
- STECK (Hans-Theodor), Privat-docent à la Faculté de Médecine, Sous-Directeur de l'Asile de Céry-sur-Lausanne. — 25 février 1935.
- WEBER (R.), Professeur honoraire de l'Université, villa Sismondi, Chêne, Genève. — 23 février 1931.

Tchécoslovaquie

- MM. HASKOVEC (Ladislav), Professeur à l'Université Tchécoslovaque, 3, Mezihranská, Prague. — 27 mars 1905.
- SEBEK (Jean), professeur agrégé de neuro-pathologie à l'Université Tchécoslovaque, 1, U. Karlova, Prague II. — 23 décembre 1932.
- STUCKLIK (Jaroslav), Médecin-directeur de l'Asile d'Etat d'aliénés de Kosice. — 31 octobre 1921.

Turquie

- MM. CONOS (B.), Médecin en chef du Service des maladies nerveuses et mentales aux Hôpitaux grecs de Baloukli, place du Tunnel, Péra. — 26 janvier 1931.
- MAZHAR (Osman), Directeur-médecin en chef de l'Asile des aliénés d'Istanbul. — 28 mai 1931.
- ZIMALAKIS, Médecin-chef des Hôpitaux grecs de Constantinople. — 28 avril 1913.

U. R. S. S.

- MM. CHOROSCHKO, Professeur à la Clinique neurologique de Moscou. — 30 mai 1927.
- JOUCHTCHENKO (A.-J.), Professeur à l'Université de Kharkow. — 28 juillet 1913.
- TRETIAKOFF, de Moscou, Hospice de Juquery (Brésil). — 25 octobre 1916.

Uruguay

- MM. ETCHEPARE (Bernardo), ancien Professeur de Clinique des maladies mentales à l'Université de Montevideo. — 24 mai 1909.
- SICCO (Antonio), Hospital Vilardebo, Montevideo. — 30 mars 1931.
-

Séance du Jeudi 14 Janvier 1937

Présidence : M. René CHARPENTIER, président

En ouvrant la séance, M. René CHARPENTIER, *président*, présente les félicitations de tous à M. le professeur agrégé LÉVY-VALENSI, membre titulaire, Médecin lieutenant-colonel, promu *Officier de la Légion d'Honneur*, au titre du Service de Santé militaire, et à M. le Dr Jean ROBERT, membre titulaire, nommé *Chevalier de la Légion d'Honneur*.

PRÉSENTATIONS

Paralysie générale et psychose maniaque dépressive (présentation de malade), par MM. R. ANGLADE, M. ROUGEAN et J. FRETET.

Paralysie générale et psychopathie à double forme, voilà bien une association vraiment des plus communes. Pour qu'elle motive une communication à la Société Médico-psychologique, il faut assurément qu'elle se présente dans des conditions un peu particulières.

Il y a des points sur lesquels nous sommes évidemment tous d'accord. La paralysie générale est susceptible d'adopter, pour sa forme psychopathique, toutes celles que nous connaissons et en particulier la forme circulaire. Il fut un temps, pas très éloigné du nôtre, où le principal effort de la clinique psychiatrique quotidienne s'exerçait à distinguer un accès maniaque franc d'une manie symptomatique de méningo-encéphalite diffuse. Esquirol disait que certaines manies aboutissaient à des états que nous savons être aujourd'hui la paralysie générale. Nous sommes arrivés peu à peu, grâce, il est vrai, au concours de méthodes biologiques telles que la ponction lombaire, à dépister, dès le début de leur éclosion, les caractères organiques

de ces manies. Nous pourrions dire la même chose de certains états de mélancolie.

Ceci prouve d'ailleurs que ces accès de manie et de mélancolie sont de caractère assez vésanique pour masquer leur véritable signification et il n'est pas sans intérêt de remarquer que la méningo-encéphalite est capable de déclancher la maladie mentale la plus représentative qui soit de la folie véritable.

Jusqu'à présent, nous sommes habitués à considérer que la paralysie générale peut être à forme circulaire, l'observation ne nous a pas accoutumés d'admettre que la psychose circulaire, la folie maniaque dépressive de Kræpelin, soit portée à verser dans la paralysie générale.

Si on se reporte à l'étude si complète de la maniaque dépressive de Kræpelin, c'est en vain qu'on y cherchera la mention de faits d'évolution de la maladie vers la paralysie générale, dans une statistique de 703 cas bien observés.

Ceci nous autorise, nous le pensons, à vous exposer le cas clinique suivant :

M. D... est entré dans notre service le 13 novembre 1936, il est âgé de 53 ans.

Nous avons peu de renseignements sur son enfance et ce n'est guère qu'à partir de l'âge de 17 ans que nous avons des détails précis sur sa vie qui se présente comme une longue succession d'épisodes de dépression et d'excitation.

Admissible à l'école d'instituteurs de Troyes en 1900, D... ne persiste pas dans cette voie, il s'engage dans l'armée ; à la fin de son service militaire, il est sous-officier et rengage pour 7 ans.

A 27 ans, en 1910, il se marie et son engagement terminé, il entre, en 1911, aux Magasins du Printemps. Il travaille ensuite chez un notaire, mais bientôt il se déprime, trouve son emploi triste, ne s'intéresse pas à son travail et au bout de quelques mois quitte l'étude.

Peu après, il ouvre une boutique d'épicerie qu'il n'a pas le temps de laisser péricliter car la guerre éclate.

En janvier 1915, D... est blessé, il ne s'agit que d'une blessure très légère, un coup de baïonnette dans le mollet, dont la cicatrice est maintenant à peine visible.

Il est évacué, traité dans un hôpital de Biarritz et de là, dirigé vers le dépôt auquel il appartient, le dépôt de Sens, où il est présenté au Conseil de réforme, non pas pour sa blessure, mais, dit-il, « pour fatigue générale ».

Versé dans le service auxiliaire, D... est peu après repris dans l'active et retourne au front où il termine la guerre sans incidents.

A sa démobilisation, en 1919, il se montre hypomane : il est

euphorique, parle beaucoup, nourrit de grands projets, il veut « mettre à profit les besoins économiques de l'Europe Centrale ».

Il parcourt alors, l'Allemagne, la Hongrie, la Tchécoslovaquie, vendant de la parfumerie, « des articles de Paris ».

Au cours d'un séjour à Hambourg, il contracte la syphilis et néglige de se soigner.

Rentré en France en 1920, il s'engage en qualité d'ancien sous-officier dans la gendarmerie et pendant 4 ans mène une vie calme ; mais, en 1924, survient un nouvel épisode d'hypomanie. Il éprouve de nouveau, le besoin de voyager, il veut aller étudier sur place les questions de colonisation, demande à partir pour la Nouvelle-Calédonie, obtient sa nomination et s'embarque avec sa femme et ses enfants.

Quelques mois après son arrivée à Nouméa il démissionne, achète en empruntant de l'argent, un hôtel meublé fermé depuis quelque temps, ne cherche même pas à l'exploiter et le revend presque aussitôt à perte.

Ses occupations deviennent alors aussi variées qu'éphémères.

Il se fait embaucher dans une mine, la quitte, car il veut monter un comptoir, repart en France pour acheter des marchandises, revient à Nouméa en 1927, ouvre avec un associé le comptoir qu'il désirait tant ; une faillite suit de peu son installation.

A cet épisode d'excitation succède alors un épisode dépressif très marqué. D... doit consulter un médecin qui porte le diagnostic de « dépression mélancolique ». Il se reproche sa ruine, se reproche d'avoir déshonoré sa famille, il ne pourra jamais ramener les siens en France, il n'a pas de chance et n'en aura jamais, mieux vaudrait en finir ; la nuit, il rôde autour des bassins du port de Nouméa, sans avoir le courage de mettre fin à ses jours. Rapatrié en France par un ami charitable, il laisse les siens à Nouméa. A Paris, il est toujours déprimé, il ne trouve pas de travail, il lui arrive de coucher à l'Armée du Salut, sa sœur l'aide à vivre.

A la fin de 1931, nous dit sa sœur, il est moins triste, en mars 1932 il est surexcité, en mai il se présente aux élections législatives sous l'étiquette de candidat antiparlementaire, il donne, à ce moment, libre cours à son activité débordante, organise des réunions, fait sans arrêt des discours politiques, va lui-même, de panneau en panneau, écrire à la craie sa profession de foi, réussit à obtenir 38 voix.

Nous le trouvons, par la suite, employé à la Maison Eleska, puis chez un négociant en vins. Au cours de l'année 1935 il paraît de nouveau très déprimé, découragé, il ne travaille pas.

En mai 1936, il se présente de nouveau aux élections législatives. Il est candidat du « Comité de l'Union de tous les Français », son programme est toujours le même : « Chambardement général et abolition du régime parlementaire ».

Comme la première fois, il compose lui-même ses affiches à la craie, tient des réunions au cours desquelles il s'agite, se livre à des excès de boissons.

Le 29 avril dernier, alors qu'il expose son programme, rue de l'Arbre-Sec, brusquement il s'empare d'un couteau à la vitrine d'un marchand de choux et en menace une dame qui passe près de lui, il saisit ensuite un trognon de régime de bananes et en porte un coup sur le radiateur d'un camion. Conduit au poste de Police, il injurie l'agent et s'efforce d'ameuter la foule.

Le 2 mai, le médecin-expert qui l'examine constate un état d'excitation maniaque typique.

La parole aisée, le geste large, souriant, exhubérant, euphorique, D... se déclare le plus heureux des hommes.

« La Banque d'Indochine lui doit un million qu'il saura bien obtenir après son élection qui est certaine. Il sera le chef d'un Comité de Salut public, il supprimera les passages à niveau après les passages à tabac. Il émerveillera tout le monde. »

A la Clinique de Sainte-Anne, où le malade a été dirigé, une ponction lombaire est pratiquée : son résultat positif fait poser le diagnostic de méningo-encéphalite diffuse spécifique et on institue le traitement malarique.

Transféré 6 mois plus tard à Villejuif, D... se présente comme un mélancolique : son visage traduit une anxiété très vive, il parle lentement, à voix basse, manifeste des idées très actives d'indignité, de culpabilité, de suicide, il a gâché sa vie, abandonné les siens, il ne vaut rien, il se reproche des choses abominables qu'il n'ose même pas avouer. On ne relève aucun signe net d'affaiblissement intellectuel.

L'examen somatique nous a donné peu de renseignements. Le réflexe photomoteur lent et diminué à gauche existe néanmoins des deux côtés.

La pupille droite est déformée et un peu plus petite que la gauche, on note un léger tremblement des doigts et de la langue. D... ne présente aucun trouble de la parole, aucun signe d'incoordination statique ni dynamique ; on note quelques troubles de la sensibilité douloureuse profonde, analgésie tibiale, testiculaire, unguéale.

L'examen des appareils circulatoire, respiratoire, digestif, a été négatif.

La tension artérielle prise au Pachon est de 14-8.

Ainsi, voilà un homme qui, bien longtemps avant d'entrer dans la paralysie générale, s'est révélé, non pas seulement un cyclothymique simple, mais, semble-t-il, un périodique à crises alternantes d'exaltation hypomaniaque et de dépression mélancolique. Les actes de sa vie s'inscrivent tour à tour au-dessus et

au-dessous de la ligne de comportement normal marqués au coin de la manie et de la mélancolie.

Il contracte la syphilis en 1920, à l'âge de 37 ans, et le cycle continue avec le même rythme et les mêmes caractères mentaux.

C'est seulement en 1936 que l'excitation psychique s'intensifie, occasionnant des actes délictueux qui motivent une expertise psychiatrique. Les conclusions de l'expert furent celles-ci :

« Syndrome maniaque typique », réserves cependant commandées par la notion d'une syphilis acquise 16 ans auparavant.

Après l'internement, cet état maniaque fut reconnu associé à une paralysie générale en évolution. Le traitement malarique n'a pas empêché le cycle maniaco-dépressif de continuer son mouvement.

A l'heure présente, le malade est en état de dépression mélancolique. L'affaiblissement mental est à peine perceptible.

On peut encore s'attendre à des phases d'excitation, à des intervalles de détente, qui sait, si même la psychose périodique ne continuera pas son cours comme si la syphilis n'était pas intervenue, soit qu'elle n'ait marqué que faiblement son empreinte, soit que son agression ait été enrayée par la malaria.

Il s'agirait alors d'une coïncidence des deux maladies plus que d'une connexion.

Par ailleurs, la syphilis n'est pas exceptionnelle chez les périodiques. Krapelin l'y a rencontrée chez les hommes dans la proportion de 8 %. Il cite l'opinion de Ziehen, qui n'hésite pas à mettre certains cas sur le compte de la syphilis acquise ou héréditaire, opinion qu'il ne partage du reste pas, adoptant celle qu'il s'agit de simples coïncidences ou de maladies syphilitiques à forme circulaire.

A vrai dire, on peut se demander pourquoi la syphilis, dont les circulaires ne sont pas exempts, ne détermine pas plus souvent chez eux de la paralysie générale. Nous ne savons pas grand'chose sur le substratum anatomique de la folie circulaire, mais il faut bien convenir avec Albrecht que les troubles vasculaires y sont fréquents et la syphilis est bien un facteur d'altérations vasculaires.

Nous ne pouvons pas, à propos d'un cas particulier, nous étendre sur ces questions pourtant pleines d'intérêt. Le but de cette communication se bornera à quelques réflexions au sujet d'un fait clinique de folie à double forme ayant versé dans la paralysie générale.

Nous mentionnons que cette circonstance se réalise rare-

ment, à tel point que nous avons hésité longuement avant d'accepter le diagnostic de folie circulaire et que nous nous sommes demandé s'il ne s'agissait pas simplement d'un déséquilibré cyclothymique devenu un spécifique, puis un paralytique général, tour à tour maniaque et déprimé.

M. BRISSOT. — La présentation du malade a été devant nous celle d'un mélancolique et non celle d'un paralytique général.

M. LÉVY-VALENSI. — Quand je le vis jadis, il avait un syndrome typique de manie. Mais il n'avait pas encore contracté la syphilis.

M. René CHARPENTIER. — La paralysie générale et la psychose périodique étant deux maladies fréquentes, leur association se rencontre fatalement. Mais l'évolution des diverses formes de la syphilis cérébrale chez un intermittent peut poser dans certains cas de difficiles problèmes de diagnostic. J'ai rapporté ainsi avec Dupré, en 1909, un cas de démence syphilitique apparu au cours d'un état d'excitation maniaque de psychose périodique (1). Notre collègue P. Carrette a publié également l'intéressante observation d'un malade sur lequel furent émis des avis différents (2). Certaines formes de syphilis du névraxe coïncidant avec des accès maniaques ou mélancoliques, le diagnostic était particulièrement délicat avant la ponction lombaire, et même après son introduction dans la pratique courante alors que l'examen du liquide céphalo-rachidien se réduisait à l'albumodiagnostic et au cytodiagnostics. Aujourd'hui, s'il est heureusement plus facile de conclure, il reste cependant des cas exceptionnels dans lesquels, pour des raisons diverses, la ponction lombaire est impossible.

D'autre part, j'ai eu l'occasion d'observer récemment un malade qu'ont vu également plusieurs d'entre nous et dont l'histoire me paraît, à divers titres, mériter d'être brièvement résumée.

Il s'agit d'un homme de 43 ans chez lequel, vers le 1^{er} janvier 1935, après quelques jours de dépression et d'inquiétude avec préoccupations hypocondriaques, débuta un accès franc d'excitation maniaque. Cet accès était le troisième, les deux pré-

(1) E. DUPRÉ et René CHARPENTIER. — Psychose périodique. Méningite chronique syphilitique. Démence. (Soc. de Psychiatrie, 18 février 1909. *L'Encéphale*, 10 mars 1909, page 286).

(2) P. CARRETTE. — Syphilis cérébrale, paralysie générale ou folie intermittente. (*Bull. de la Soc. Clin. de Méd. ment.*, mai juin 1924).

cédents ayant nécessité l'internement du malade en 1915 et en 1918. Ce malade, antérieurement soigné pour syphilis, et qui venait de terminer une période de traitement spécifique, présentait quelques très rares et légers accrocs de la parole spontanée et une réaction de Hecht très légèrement positive (9 janvier 1935). Toutes les autres réactions (Bordet-Wassermann, albumine (0,25), benjoin colloïdal, cytodiagnostics, etc.), étaient normales dans le liquide céphalo-rachidien. L'état maniaque aigu, typique, s'accompagnait d'un certain degré d'asthénie persistante. Le malade fut mis en traitement dans une Maison de Santé où nos collègues Leulier, Casalis et Leclercq l'observèrent également.

Ainsi que je l'ai dit plus haut, le malade venait de terminer une période de traitement. En mars 1935, je fis cependant faire une série d'injections de Bivitol. En juin 1935, nouvelle série d'injections de Bivitol.

A ce moment, le malade devint plus calme, on put relâcher la surveillance, l'installer normalement, et on envisageait même, avec sa famille, le départ de la Maison de Santé, en convalescence. Avant ce départ éventuel, une ponction lombaire faite le 8 juillet 1935 par précaution, montra que l'albumine avait légèrement augmenté (0,55) dans le liquide céphalo-rachidien et que la réaction du benjoin s'étendait dans les deux sens. Le malade fut alors maintenu en observation à l'Etablissement où, le calme continuant, il put avoir une liberté relative, sortant même en promenade hors de l'Etablissement.

En septembre, l'excitation reprit, plus violente que la première fois, avec un désordre des idées et des actes plus marqué, un comportement différent, des troubles du caractère et, en octobre, apparition d'idées de grandeur (il est propriétaire de l'Etablissement, de la ville entière, fait cadeau par écrit de l'Etablissement où il est soigné à l'un des médecins-directeurs, il est le seul maître et entend qu'on lui obéisse, etc.). Une série d'injections de Bivitol fut commencée en septembre. C'était la troisième série faite depuis l'entrée à la Maison de Santé.

La dysarthrie reparut, d'abord légère. Un examen oculaire ne mit en évidence aucune lésion, aucun trouble fonctionnel (Dr Bourdier), sauf un hémiphtosis gauche, qualifié par l'ophtalmologiste de faux-ptosis et qui semble, aux dires de la famille, avoir toujours existé (?). Puis la dysarthrie augmenta rapidement jusqu'à devenir un embarras considérable de la parole, rappelant le signe mortel d'Esquirol, avec tremblement de la langue et des lèvres, tremblement considérable des mains et gros troubles psychographiques et calligraphiques de l'écriture.

D'accord avec M. Ségas, qui, sur ma demande, fut appelé à donner son avis et vit le malade à plusieurs reprises, il fut décidé d'avoir recours à la pyrétothérapie. Le malade avait déjà reçu, depuis le mois de mars, 3 séries d'injections de Bivato. Pour des raisons diverses, en particulier familiales, la malaria-thérapie fut écartée : le malade reçut, à partir du 17 novembre 1935 : 8 injections de Sulfosine, 20 injections d'Acétylarsan, 10 injections de Bivato. Dès la quatrième ou cinquième injection de Sulfosine, l'embarras si caractéristique de la parole disparut. Les troubles physiques s'atténuèrent les premiers, le malade conservant des idées de satisfaction et de grandeur, et quelques idées de persécution et de jalousie qui allèrent en s'affirmant à mesure que l'état d'excitation s'améliorait.

A partir de ce moment, et pendant plusieurs mois, le malade présenta l'aspect d'un paralytique général malarisé, avec un léger affaiblissement intellectuel, un mélange d'indifférence affective, d'apathie, et d'idées de persécution, véritable délire à forme schizophrénique ou paranoïde comme on en observe chez les paralytiques malarisés. Une ponction lombaire, faite le 13 février 1935, montra 0,45 d'albumine dans le liquide céphalo-rachidien (au lieu de 0,25 le 9 janvier 1935 et de 0,55 le 8 juillet 1935) et toutes les autres réactions normales. Un léger tremblement de la langue, avec quelques rares accroc de la parole, des réflexes achilléens un peu vifs étaient les seuls signes physiques.

A cause de ses idées de persécution et de ses protestations, le malade fut changé de Maison de Santé en février 1936 et placé à la Maison de Santé de Suresnes où nos collègues Fillassier, Péron et Durand-Saladin purent l'observer.

Le certificat suivant, signé de M. Ségas et de moi-même, fut rédigé à ce moment pour le cas où l'internement deviendrait nécessaire :

« ...est atteint de troubles mentaux évoluant depuis le début de janvier 1935 et caractérisés d'abord par un état d'excitation maniaque qui nécessita son entrée à la Maison de Santé. Après une période de rémission, survenue vers le mois de juin 1935, sont apparus d'autres symptômes : inactivité, apathie, alitement continu, troubles du caractère, colères, impulsivité, idées de satisfaction et de grandeur, idées de persécution, en même temps que des troubles de la parole, du tremblement de la langue et des mains, des troubles de l'écriture, de l'hyperalbuminose, sans lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. A la suite de pyrétothérapie et d'un traitement spécifique, ces troubles se sont amendés, le malade est habituellement plus calme, mais

les idées de persécution n'ont fait que s'affirmer avec tendance aux réactions, refus d'aliments par intervalles. Dans ces dernières semaines, le malade est devenu protestataire, veut rentrer chez lui. On ne peut le garder dans ces conditions dans une Maison de Santé libre et il y a lieu de placer M. X... dans un établissement spécial destiné au traitement des maladies mentales. Déjà interné à deux reprises lors d'accès antérieurs de psychose périodique. »

19 mars 1936.

Mais l'état du malade s'améliora rapidement. Il cessa de protester contre son séjour, put rester à la section ouverte et ne fut pas interné.

Il reprit assez rapidement une activité normale, lisant, jouant au bridge, au tennis. Il quitta l'Etablissement au mois de juillet 1936 pour Divonne où il séjourna pendant un mois en convalescence sous la surveillance de notre collègue Ernst, « parfaitement raisonnable », conservant seulement une légère puérilité, un « optimisme un peu exagéré » et un léger tremblement de la langue et des doigts. Depuis cette date, une convalescence à la campagne a précédé le retour du malade à son domicile où il a repris ses occupations et une vie normale. Il a même revu sans incidents un ancien ami, son médecin, sur lequel se portaient surtout naguère ses idées de persécution, et avec qui il a renoué des relations familiales amicales.

A la suite de la communication de M. Roger Anglade, il m'a paru intéressant de vous résumer brièvement ce cas dans lequel, manifestement, chez un maniaque intermittent, syphilitique traité, nous avons assisté, au déclin d'un accès maniaque de psychose intermittente, à l'organisation du syndrome de la paralysie générale.

Il n'est pas moins intéressant de constater que le traitement bismuthé préventif intensif n'empêcha pas l'apparition des symptômes cliniques de la paralysie générale, mais explique peut-être le peu d'intensité des réactions du liquide céphalo-rachidien. Les circonstances particulières de l'observation, la continuité et la précocité du traitement ont permis l'amélioration rapide du syndrome clinique et le retour à la normale du liquide céphalo-rachidien sous l'influence de la pyrétothérapie et d'une chimiothérapie mixte arsenicale et bismuthée.

Mais il est rare de pouvoir assister ainsi, au cours d'un traitement de psychose périodique chez un syphilitique avéré, aux premiers signes d'organisation d'un syndrome paralytique.

Cyclothymie infantile (présentation de malade),
par M. F. Achille-DELMAS.

Je comptais vous présenter un petit malade de 16 ans en pleine activité délirante ; or, depuis trois jours, il s'est produit une défervescence assez brusque de son état et vous allez le voir déjà très amélioré et très différent de ce qu'il a été.

Cet enfant m'a été amené, pour la première fois, il y a deux ans. Il avait alors 14 ans et depuis quelques années il présentait brusquement de courtes phases dépressives durant de quelques jours à une ou deux semaines et au cours desquelles il devenait triste, pleurait beaucoup, était pris du dégoût de la vie et désirait mourir sans aller jusqu'à l'idée de suicide. Ces phases dépressives se reproduisaient deux à trois fois par an, et avaient tendance à devenir un peu plus marquées et un peu plus prolongées. Dans l'intervalle, c'était un garçon actif, bon, affectueux, travailleur et intelligent, mais un peu turbulent et remuant, sans qu'il y ait cependant un état d'excitation véritable. Pourvu de son certificat d'études, il suit le Cours primaire supérieur et, doué pour le dessin, il prépare un examen d'entrée au service cartographique du ministère de la guerre. Il lit beaucoup, surtout des petits ouvrages et des revues de vulgarisation scientifique.

Il y a une quinzaine de jours il a été pris d'un état inaccoutumé de gaité, d'exubérance et de loquacité intarissable ; il a paru anormal surtout le jour où il s'est rendu chez un de ses petits camarades en passant par le toit de l'immeuble où ils habitent tous deux. Amené à l'hôpital Henri-Rousselle et destiné, après deux jours d'observation, à entrer à la colonie de Vaucluse, il a été repris par sa famille qui nous l'a confié.

A son entrée il présentait un état remarquable d'excitation hypomaniaque caractérisé par l'hyperthénie, l'hyperménie, l'aisance, l'euphorie et la loquacité. En outre et surtout il exprimait avec abondance, vivacité et contentement un système délirant que nous résumons brièvement : le Dr Alphen qui a soigné son frère et qui est un très grand magicien, a changé son cerveau en celui de son fils ; depuis qu'il a ce nouveau cerveau, il sait et il découvre des choses extraordinaires ; son père n'était que son père adoptif, mais il était, lui aussi, un grand savant et un magicien ; il avait créé des automates qui, sous les noms d'Eiffel, de Pasteur et d'autres dispensaient dans le monde toutes ses découvertes ; dans la chambre où il est installé il a reconnu le laboratoire clandestin de son père ; il a récolté des débris infimes de paille de fer, de métal, de bois, de plâtre, etc., ils sont tous des résidus d'appareils de physique et il les classe dans des carrés de papier, comme les diamantaires les

pierres précieuses et inscrit soigneusement leur signification ; il nous les montre avec ravissement et s'exalte à chaque nouvelle découverte ; il a une explication, pour chaque objection ; il dit lui-même que c'est par intuition qu'il sait que le testament de Napoléon était déposé ici (un dessous de tiroir), les plans du Louvre de Mansard, là (sous une lame de parquet mobile) ; il sait de même que dorénavant tous les hommes vivront cent ans, que le secret de la vie éternelle a été légué par son père, que son continuateur Halphen est en train de ranimer la dépouille du roi Léopold II, etc... Toutes ces idées se succèdent sans arrêt, sous forme de délire imaginatif créé extemporanément, gardant sa ligne générale expressive, s'enrichissant sans cesse.

Aujourd'hui encore il répète la plupart de tout ce qui a traversé son esprit, mais la veine inventive est tarie, l'exaltation est bien diminuée et ce qu'il exprime n'est plus qu'un pâle reflet de l'éclat de naguère.

Je vous ai présenté ce jeune garçon parce que son cas illustre quelques considérations que je voudrais présenter sur la cyclothymie infantile.

Je ne crois pas que le diagnostic de délire hypomaniaque chez un cyclothymique puisse soulever de difficulté. La guérison, déjà ébauchée, va se parfaire en quelques jours, et l'évolution ultérieure sera vraisemblablement celle d'un intermittent à manifestations, soit de dépression, soit d'excitation plus ou moins exprimées.

— Or, un point de son histoire me paraît intéressant. Il s'agit d'un enfant bien portant, ne présentant aucune manifestation organique ni habituelle, ni actuelle ; l'analyse de son sang a été négative ; sa pression artérielle est normale ; il a eu ces temps-ci, comme c'est la règle, un excellent appétit, un bon sommeil, court avec réveil tôt, un sentiment de force et de bien-être. Son accès actuel, comme les précédents, est survenu sans cause saisissable. Une seule étiologie, c'est sa constitution cyclothymique, et celle de sa mère, internée depuis longtemps à l'asile de Maison-Blanche, avec le diagnostic de psychose intermittente. L'état constitutionnel semble bien résumer et l'étiologie et le diagnostic, et, chose importante, quoiqu'on fasse, le pronostic. A noter que, depuis deux ans, cet enfant a été traité par le sulfarsénol, les extraits glandulaires, le sympathyl et a eu une hygiène surveillée, sans aucun état maladif organique appréciable.

Ces cas de cyclothymie infantile sont, à mon avis, fréquents. En ce moment, j'en suis deux autres : l'un, chez un garçon de

six ans, dont la mère et la tante maternelle ont été traitées par moi pour des accès mélancoliques ; l'autre, chez une fillette de dix ans, fille d'un acteur, grand excité constitutionnel, dont l'excitation a admirablement servi la carrière rapide, et d'une mère, déprimée constitutionnelle. Cette dernière fillette est elle-même une déprimée constitutionnelle avec accès paroxystiques anxieux aigus ; son jeune frère, au contraire, qui a six ans, est tout à fait de tempérament inverse, au dire des parents, et représente, en effet, un petit excité très amusant, mais terriblement bruyant et fatigant.

Les manifestations cyclothymiques des enfants, dans leurs différents aspects, sont aussi nettes et caractéristiques du point de vue clinique que celles des adolescents et des adultes. On peut les diagnostiquer, à l'occasion, dès l'âge de 2 ou 3 ans, et j'en ai connu un cas, à type presque circulaire, qui a débuté alors que l'enfant était encore confié aux soins de la nourrice et n'a pas cessé de se manifester sous la même forme chez un garçon qui a aujourd'hui 22 ans. Peut-être est-ce parce qu'on hésite à porter un diagnostic précis de façon aussi précoce que la cyclothymie infantile paraît en partie méconnue.

M. BRISSOT. — Les troubles du caractère sont fréquents chez l'enfant, mais la cyclothymie est très rare chez lui. A la colonie de Vaucluse, je n'en ai pas vu un seul cas, ni dans le reste de ma carrière. Peut-être cette rareté est-elle dans la clientèle des maisons de santé privée moins grande que dans celle des asiles publics. L'éducation reçue dans les familles aisées, excite, peut-être, davantage, l'imagination de l'enfant. Je trouve que le petit garçon présenté par M. Delmas semble plutôt atteint de débilité mentale et de délire d'imagination que d'hypomanie. Sa débilité est incapable de freiner son imagination et son émotivité, excitées par une mauvaise éducation.

M. COURBON. — Je suis entièrement de l'avis de M. Delmas sur l'existence d'une psychose maniaque dépressive très précoce, pure de tout alliage. J'en ai vu plusieurs cas. Celui que je me rappelle avec le plus de netteté est celui d'un enfant de 9 ans que j'allai chercher dans un pensionnat de Belgique, en 1914, à la veille même de la mobilisation. Il avait été pris, soudain, d'un accès hypomaniaque qui fit de lui le plus amusant compagnon de route. Il était plein d'esprit et d'intelligence. Il guérit en peu de mois, continua très brillamment ses études, et fut reçu depuis polytechnicien. Il appartenait à la classe sociale aisée dont parle M. Brissot, puisque sa mère était, au moment

où j'allais le chercher en Belgique, en traitement pour dépression dans le sanatorium de Boulogne-sur-Seine, alors maison de santé de luxe. Mais j'ai vu la manie et la mélancolie frapper de jeunes enfants de famille indigente.

M. GUIRAUD. — Je crois moi aussi à l'existence d'une cyclothymie infantile. Mais la contradiction entre l'opinion de M. Delmas et celle de M. Brissot n'est pas aussi grande qu'elle le paraît, puisque la colonie de Vaucluse est réservée aux enfants atteints de graves troubles cérébraux ou de débilité mentale profonde, et que la cyclothymie infantile est, d'après M. Delmas, toujours atténuée. Cette cyclothymie ne nécessite pas l'internement.

Le délire imaginatif, même quand il comporte des thèmes puérils, n'a pas pour condition une débilité mentale sous-jacente. Ces mêmes thèmes existent transitoirement pendant l'accès maniaque de sujets adultes ou adolescents à développement psychique parfaitement normal.

M. LAGACHE. — D'après une expérience acquise par une assiduité de 6 ans à une consultation hospitalière d'enfants, la cyclothymie est rare chez eux. Je n'en ai pas vu un cas. Le diagnostic d'une maladie se fait, non seulement sur le tableau clinique, mais sur l'évolution. J'ai vu des troubles fréquents de l'humeur, mais je n'ai pas vu les intermittences.

M. Ach. DELMAS. — La débilité mentale peut bien être invoquée pour expliquer la pauvreté ou la monotonie d'un délire d'imagination, mais elle n'est pas par elle-même génératrice du délire d'imagination, qui peut survenir chez des sujets très intelligents, comme c'est le cas ici, et comme c'est le cas dans la plupart des délires d'imagination des hypomaniaques.

Si M. Brissot n'a pas eu l'occasion d'observer la fréquence des cas de cyclothymie infantile à la colonie de Vaucluse, c'est parce qu'il s'agit surtout, chez les enfants, de manifestations espacées et plus courtes et plus atténuées que chez les adultes, de telle sorte que le placement n'est ordinairement pas envisagé. Cependant, parmi ces sujets de 12 à 15 ans, intelligents, mais avec des troubles du caractère dont il parlait tout à l'heure, il est probable qu'il y en a beaucoup que je rangerai volontiers dans la catégorie de l'excitation constitutionnelle ou de l'hypomanie légère relevant d'une constitution cyclothymique. J'ai vu souvent des jeunes sujets qu'on avait étiquetés pervers ou instables, et qui étaient de vrais excités ou hypomaniaques ; on

confond trop facilement, à mon avis, des réactions à forme perverse avec la perversité intuitive. Cela me paraît vrai pour toutes les classes, car, comme tout le monde, je fais assez souvent de la clientèle gratuite et j'ai fait les mêmes observations dans les milieux pauvres que dans les milieux aisés.

Les différences d'opinion sur la fréquence de la cyclothymie infantile me paraissent tenir surtout aux différences d'interprétation, j'allais dire de doctrine, qui sont malheureusement fréquentes en psychiatrie.

M. René CHARPENTIER. — Non seulement les états cyclothymiques légers sont relativement fréquents chez l'enfant, mais les états francs de psychose périodique eux-mêmes s'observent parfois d'une façon beaucoup plus précoce qu'on ne l'enseigne généralement, c'est-à-dire bien avant l'âge de 15 ans.

Je n'en donnerai pour exemple que deux cas observés tout récemment. L'un concerne un jeune garçon de 9 ans $1/2$, qui a présenté un accès d'excitation maniaque pour lequel il fut en traitement pendant deux mois à la Maison de Santé de notre collègue Allamagny, au cours de l'été dernier. Il s'agit d'un enfant intelligent, affectueux, fils d'une mère hyperémotive, et qui présente actuellement encore des troubles du caractère en rapport avec un léger état de subexcitation.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'une fillette de 13 ans qui présente un accès de mélancolie anxieuse avec idées de suicide (et même absorption volontaire de médicaments à dose qu'elle pouvait croire mortelle). Je connais depuis la première enfance cette fillette dont l'état est actuellement en voie d'amélioration. J'ai soigné sa mère il y a une douzaine d'années pour un accès de mélancolie ayant persisté pendant cinq ans.

Ces deux enfants présentent donc des antécédents héréditaires, appartiennent à un milieu bourgeois et sont des enfants intelligents, à la tête de leur classe. Si M. Brissot ne reçoit pas ces malades à la Colonie d'enfants anormaux de Vaucluse, cela ne tient pas cependant au milieu où se recrutent ses jeunes sujets, mais bien plutôt aux catégories psychiatriques qu'il est de coutume d'envoyer à la Colonie. Les états cyclothymiques, qu'il s'agisse d'enfants ou d'adultes, sont aussi fréquents dans toutes les classes de la Société et il serait bien étonnant qu'il en fût autrement.

Peut-être est-il utile d'insister sur les inconvénients que peut présenter l'éducation par des mères hyperémotives de ces enfants constitutionnellement prédisposés. L'hérédité et l'éducation convergent ici pour développer les tendances morbides.

Méiopragie psychique intermittente (présentation de malade),
par MM. Paul COURBON et J. CHAPOULAUD.

Sous le nom imprécis de méiopragie psychique, ou de psycholepsie, nous désignons les défaillances incomplètes de la validité mentale qui périodiquement frappent plusieurs jours, depuis son enfance, le sujet que nous présentons.

Ces défaillances atypiques ne réalisent aucun des syndromes classiques de la nosologie. Leur caractère est moins de troubler les processus mentaux eux-mêmes que de modifier la conduite du sujet qui cesse de se montrer sociable, docile, travailleur, pour devenir brusquement indocile, paresseux, lubrique, intempérant, cynique.

Il est âgé aujourd'hui de 21 ans. Ses parents sont marchands de charbons et débitants. Il a une sœur de 22 ans bien portante. On ne note aucune hérédité similaire ou autre.

Dès son enfance il aurait eu des troubles nerveux, sur lesquels sa famille, peu intelligente elle-même, est incapable de fournir des précisions. Un médecin consulté alors qu'il avait 6 ans pour des insomnies, aurait déclaré qu'il avait du somnambulisme ! et la danse de Saint-Guy !

A l'école il fut toujours dans les derniers de sa classe, ne pouvant jamais travailler correctement plusieurs semaines de suite. Pendant des séries de plusieurs journées, le maître ne pouvait rien obtenir de lui. Il ne fixait plus son attention, ne comprenait pas ce qu'on lui disait et même n'écoutait pas. Aussi le laissait-on paresser à sa guise à ces moments-là.

Il parut cependant capable d'affronter le certificat d'études ; mais il échoua. Et l'instituteur avoua aux parents qu'il n'y avait rien à espérer de plus, à cause de l'instabilité de ses efforts.

Mis dans une école de tonnellerie pendant plus de 2 ans, il se signala encore par la même inconstance au travail. Ça allait pendant des semaines, puis un beau jour il plantait là toutes ses occupations et on le retrouvait dans les copeaux, souvent endormi, où il était allé se coucher. Il refusait d'en sortir, se déclarant fatigué, ayant mal à la tête. Si les remontrances le décidaient à résipiscence, tout ce qu'il faisait était de travers. Il était hargneux, négligé dans sa mise, grossier dans son langage, insolent.

Entre temps, pendant les vacances, dans sa famille, il faisait preuve de la même intermittence d'humeur. Gentil et plein d'entrain avec sa sœur et ses camarades, il était sujet à des toquades qui stupéfaient tout le monde. Il lui arrivait alors, et cela dès l'âge de 7 ans, de boire des rasades énormes de vin, prises au comptoir paternel pour se don-

ner de la force contre la fatigue et la paralysie, ce qui parfois avait pour conséquences de véritables états d'ivresses, avec vomissements suivis de sommeil pendant 24 heures consécutives.

Le médecin de la famille, complètement dépourvu de connaissances psychiatriques, et d'élégance verbale, disait de lui qu'il n'était pas malade, qu'il avait « une tête de cochon ! », qu'il n'y avait rien à faire pour le changer et qu'il ne leur ferait que des ennuis.

A l'âge de 17 ans, on le plaça comme garçon chez d'autres marchands de charbons. Chez aucun il ne resta plus de 3 ou 4 mois, renvoyé par eux pour les mêmes raisons. Il était plein de zèle et de sagesse pendant 15 jours ou 3 semaines. Puis brusquement il quittait la besogne, et on le retrouvait vautre dans un coin et ronflant à poings fermés. Puis il se saoulait, partait avec sa paye, ne rentrant que deux ou trois jours plus tard, hâve et défait. Au lieu de se remettre à la besogne, il s'enfermait dans sa chambre, ne parlant pas, restant débraillé et quelques fois se masturbant sans aucun souci de la présence ou de l'absence de spectateurs. Une fois, au cours de la scène de reproches et de menaces d'un patron, il se donna un coup de couteau sans gravité au niveau de la troisième côte pour être débarrassé de la vie, dit-il. Une autre fois, il dormait si profondément dans la chambre où il s'était enfermé, qu'on dut enfoncer la porte pour parvenir jusqu'à lui. Et cela ne le réveilla pas. Souvent il devient insolent et ordurier dans ses expressions de colère.

A 20 ans, il partit faire son service militaire en Algérie, où, pour complaire à ses parents qui ne voulaient plus le voir, il avait demandé à être incorporé. Le voyage et l'incorporation se firent correctement. Mais, au bout de deux mois, il était réformé pour crises nerveuses sur lesquelles nous n'avons pas de précision. C'était, dit-il, des crises comme les autres. Et il buvait pour s'exciter. Deux fois il serait tombé avec des nausées, sans s'être mordu la langue, sans avoir d'émission d'urines, sans s'être fait mal. Pendant qu'il était en observation, songeant aux menaces de ses parents qui avaient pensé se débarrasser de lui en en faisant un soldat, il se jeta par la fenêtre du 1^{er} étage pour se tuer. La chute fut sans conséquence.

De juillet 1935 à mars 1936, il fut engagé comme porteur à la maison Hachette. Trois fois pendant ce laps de temps il interrompit son travail, pour fatigue ; deux fois il dépensa en quelques jours toute sa paye dans des cafés, des restaurants, au Jardin Zoologique et dans des maisons de tolérance. La dernière fois on le ramassa ivre-mort dans la rue, d'où on le transporta chez ses parents.

Il est dans notre service depuis le 18 avril dernier. L'examen lors de son arrivée révèle un certain degré de débilité mentale. Les tests Binet Simon lui donnent un âge de 9 ans.

Conscient de sa mauvaise conduite il la déplore mais l'excuse en disant que c'est plus fort que lui, qu'à certains moments il se sent épuisé et comme paralysé, il ne peut plus bouger les membres, ne

peut plus travailler, a mal aux reins et à la tête et ne sait plus ce qu'il fait. Alors, quand il a de l'argent, il se met à boire pour lutter contre sa faiblesse, et dépense tout ce qu'il a.

Il reconnaît que c'est mal, que ses parents qui ont toujours été bons et patients pour lui ont raison de lui en vouloir. Il ne demanderait pas mieux que de leur ressembler. Il a de l'affection pour eux et pour sa sœur. Et il serait bien content d'avoir la même vie tranquille qu'elle.

Il avoue la plupart des fautes dont on l'accuse. Mais s'il fut paresseux, il ne le fut que lorsqu'il avait mal à la tête ou qu'il avait sommeil. Il est vrai qu'il fit la bombe ; mais c'était quand il avait bu et il ne savait plus ce qu'il faisait. Il nie s'être masturbé en public, mais reconnaît avoir pratiqué l'onanisme solitaire dès l'âge de 13 ans, mais n'y avoir presque plus recours depuis que, devenu adulte, il va tous les 15 jours dans des maisons de tolérance ou avec des filles racolées dans la rue.

La sincérité de ses déclarations est prouvée par sa conduite. Il travaille depuis près de 8 mois à l'asile, avec succès. Il est poli, doux, serviable, toujours prêt, même aux moments des repas, à venir en aide à un camarade ou à un infirmier. Il partage ses friandises avec les malades. Il se montre patient avec les aliénés, gentil, inspire de la sympathie. Il lit le journal, se tient au courant des événements du dehors. Il reçoit admirablement bien ses parents qui ne se souviennent pas de l'avoir jamais vu si sage, ni si sensé.

Cependant, à la fin juin, il dut interrompre son travail pendant une huitaine de jours. Un matin on ne put le réveiller, on le trouva profondément endormi, presque dans le coma, la chemise éclaboussée d'une éjaculation de sperme. On put le changer de lit et le harceler d'excitations sans réussir à le réveiller. Il ne cessa de dormir qu'à la fin de la journée. Les jours suivants il garda le lit, se plaignant de maux de tête, ne répondant pas, refusant livres et journaux, mangeant peu mais mangeant seul. Au bout de quelques minutes de conversation, il tenait des propos sans suite.

Puis il se remit au travail et eut une conduite parfaite pendant plus d'un mois. Le 16 août il refuse de se lever, après s'être réveillé comme d'habitude, mais avec un air hagard. Son pouls est à 64. Son orientation est bonne. Il déclare se sentir le sang lourd. Au bout de 5 jours il récupère sa validité normale, ayant passé les journées au lit oisif mais éveillé.

Le 17 septembre, nouveau refus de quitter le lit, parce qu'il a le derrière de la tête paralysé, que ses membres sont lourds. Interrogé il répond avec lenteur et imprécision. Il ignore la date de son internement. A la visite de ses parents, il reste presque silencieux, l'air égaré. La veille il avait commis des erreurs pendant son travail, oubliant de charger des draps sur le chariot. Au bout de trois journées, il récupère sa validité normale.

Le 11 octobre, nouvel accès : Torpeur au réveil avec céphalées intenses. Prostration au lit et indifférence pendant 8 jours. Mais il ne dort pas. A l'heure des repas il est toujours éveillé et mange tout seul.

Le 4 novembre nouvel accès sans aucun prodrome les jours précédents et qui ne dure que 8 jours.

Le 30 décembre, nouveau refus de se lever, précédé pendant les 5 jours antérieurs par une conduite bizarre, une attitude de persécution. Explique qu'il est fatigué, que ses camarades rient de lui, qu'ils se montrent sa cravate en riant. Il sent les idées tourner dans sa tête. Au cours de l'interrogatoire, il cesse de fixer son attention et divague paisiblement.

En somme, ses accès de dépression s'accompagnent parfois d'un sommeil profond, qui dure plus de 16 heures. Mais cela exceptionnellement. Jamais il ne dit avoir envie de dormir. Le plus souvent c'est d'un sentiment de paralysie des membres, de trouble dans les idées et de douleur dans l'occiput qu'il se plaint. Mais il n'y a jamais paralysie véritable. Sauf lorsqu'il y eut narcolepsie, le sujet est toujours capable de se lever, de marcher et de s'alimenter tout seul, quand on l'y oblige.

Le Bordet-Wassermann est négatif dans le sang. Le liquide céphalo-rachidien est normal sans altération de la formule ni positivité du Bordet-Wassermann. La tension est de 35 en position couchée. La tension artérielle est de 14-9. Le R.O.C. est en hypervagotonie : 60 et 46. Les urines sont abondantes, sans substances anormales. Elles atteignent 2 litres. Pas d'obésité. Pas de lymphatisme. Pas d'hypogénitalité. Pupilles égales et dociles. Réflexivité partout normale. Pas de polydipsie. La radio du crâne montre une selle turque nette et régulière, des apophyses clinoides qui ne présentent pas d'anomalies.

Il s'agit donc d'un débile mental sans perversion instinctive qui, depuis sa tendre enfance, est sujet à des crises d'invalidité psychique survenant périodiquement sans aucune espèce de cause occasionnelle identifiable, toutes les 5 ou 7 semaines et durant plusieurs jours.

Une première remarque s'impose : la différence entre les crises survenant à l'asile qui ne se caractérisent que par de la dépression, et les crises survenant hors de l'asile où s'ajoutent à la dépression des phénomènes d'excitation : actes extravagants, excès d'alcool, excès sexuels, dépenses exagérées, tentative de suicide.

Il est permis d'en conclure que seuls ressortissent directement à la maladie les phénomènes de dépression, puisqu'ils se produisent dans tous les cas, et que les phénomènes d'excitation

ont leur condition dans des circonstances extérieures qui ne se réalisent qu'hors de l'asile.

Ces circonstances sont : d'une part, les réactions malveillantes de l'entourage à l'égard de ce qui paraît être de la paresse ; d'autre part, l'ivresse produite par l'excès des boissons alcooliques auxquelles recourt le sujet pour vaincre son inhibition. L'insolence, le coup de couteau dans la poitrine, la défénestration sont sous la dépendance directe des conflits avec patrons et famille et de la détresse où se sent alors le malade. Les équipées à travers cafés, débits et maisons de tolérance, les gestes lubriques ou cyniques sont l'effet de l'ivresse. Jamais à l'asile, où pendant ses crises on le laisse se coucher, il n'a eu le moindre langage grossier, proféré la moindre insolence, extériorisé la moindre idée de suicide, accompli le moindre geste équivoque.

Ainsi débarrassée des éléments réactionnels surajoutés, la crise de notre malade est essentiellement constituée par de l'inhibition, de l'hébétude, parfois du subonirisme et principalement par de l'hypersomnie. Quel nom convient-il de lui donner ? et à quelle entité nosologique la rattacher ?

L'importance de l'hypersomnie impose le mot de narcolepsie. La durée quotidienne du sommeil pendant les crises est augmentée. Parfois, on trouve le sujet profondément endormi pendant le jour. Deux fois on ne parvint pas à le tirer du sommeil malgré le bruit d'effraction de la porte de sa chambre, et malgré qu'on le changea de lit. Ce sommeil n'était pas de la stupeur, car il ne dura pas plus de 15 heures. Il s'agit donc de manifestations narcoleptiques incontestables. Mais elles ne sont pas constantes. Il est des crises sans sommeil, constituées exclusivement par de l'inertie éveillée, de l'épuisement, de l'ahurissement intellectuel, des céphalées et parfois du subonirisme. Pas une seule fois le sujet n'a éprouvé le besoin conscient de dormir. Il sent ses membres paralysés. Il ne peut pas faire ce qu'il voudrait. Il a mal à la tête. Il sent ses idées s'embrouiller.

L'absence d'impotence musculaire véritable, puisqu'en dépit du sentiment d'avoir les membres paralysés, le sujet est toujours capable de se mouvoir lorsqu'on le stimule, élimine l'hypothèse d'une paralysie périodique.

Le terme cataplexie ne convient pas lui non plus. Jamais il n'y a de dérochement de la force musculaire. Il n'a eu que deux chutes survenues au régiment, à la suite d'excès de boissons, accompagnées de nausées. Les crises n'ont aucun rapport avec les émotions, ni avec aucune circonstance extérieure. Le plus

souvent, c'est au réveil que le sujet se sent mal à l'aise et sans forces. Elles durent plusieurs jours.

Nous avons donc adopté le terme de méiopragie psychique ou de psycholepsie à cause de leur imprécision même, pour désigner ces états paroxystiques dans lesquels la narcolepsie n'est qu'un élément.

Ainsi étiquetées, ces crises peuvent-elles être intégrées à une des entités de la nosologie clinique ?

Sont-ce des équivalents psychiques de l'épilepsie ? On sait qu'en ces dernières années, à la suite des travaux de divers auteurs, dont Marchand, le domaine de l'épilepsie psychique s'est singulièrement accru. L'inconscience pendant l'accès et l'amnésie des actes accomplis pendant sa durée n'en sont plus les critères. A part deux chutes survenues au régiment dans des circonstances où l'on peut suspecter l'ébriété, le sujet n'a jamais présenté de chutes, n'a jamais eu de convulsions. On ne note rien dans ses antécédents héréditaires. Sa mentalité patiente, sociable, aussi dépourvue d'impulsivité et d'irritabilité que d'obséquiosité, ne rappelle en rien la mentalité épileptique.

Ces attaques méiopragiques sont-elles en rapport avec quelque processus méningo-encéphalitique de la région de la base du cerveau où serait le siège de la régularisation des processus vitaux ? Il n'y a aucun signe d'ordre neurologique ou végétatif. Pas d'adiposité, ni d'hypogénitosomie, ni de diminution de l'appétit sexuel. Pas de lymphatisme. Pas de polydypsie. Rien dans les urines. Réflectivité partout normale. Pas d'hémianopsie. Radiographie de la base du crâne normale. A ne retenir qu'un peu de polyurie : 2 litres.

Faut-il y voir une forme de la narcolepsie idiopathique de Redlich, espèce de névrose essentielle qui, d'après l'auteur, frappe précisément les mâles au cours de l'évolution pubérale ? Les arguments développés plus haut s'y opposent. Nous croyons avec Lhermitte, dont tout le monde connaît les beaux travaux sur la question, que la narcolepsie n'est que le témoin d'une tare morbide, dont l'identification ne se révèle pas toujours immédiatement.

Sans discuter davantage sur le mot et la place nosologique de ce syndrome psycholeptique, nous nous contentons d'en retenir la description. Il constitue une manifestation du dérèglement des fonctions psychiques et physiques qui rappelle à la fois la psychose maniaque dépressive, l'épilepsie, la narcolepsie, la catalepsie, la paralysie périodique. Comme tel, il nous a paru inté-

ressant de le rapporter. C'est, suivant l'expression de l'un de nous (1), une maladie du rythme psychique.

M. MARCHAND. — Je ne pense pas que l'on puisse rattacher à l'épilepsie les accès psychiques transitoires de ce malade. Le caractère de certains d'eux rappelle la narcolepsie. Quant aux accès dans lesquels on ne constate qu'une certaine lenteur, ou même une suspension de l'idéation, ne pourrait-on pas les considérer comme des accès narcoleptiques atypiques ?

Je crois que le terme de psycholepsie, déjà employé par Janet pour désigner des états anxieux avec baisse de la tension psychologique, ne convient pas ici. Il serait désirable que les auteurs choisissent un autre terme.

M. COURBON. — La remarque de M. Marchand est fort juste. Aussi, faute d'un meilleur mot, usons-nous de l'expression : méiopragie psychique intermittente.

Syndrome catatonique puerpéral avec aréflexie, par MM. G. FERDIÈRE et G. DAUMÉZON (présentation de malade) (Travail du Service du Dr Guiraud).

Mme Yvonne S..., 23 ans, entre dans le service le 7 septembre 1936 sur réquisitoire de l'hôpital de la Pitié. Elle présente un syndrome catatonique avec mutisme absolu, conservation des attitudes, obéissance passive..., qui persiste 3 mois 1/2, puis cède assez brusquement ; nous considérons, à l'heure actuelle, cette malade comme guérie. Au cours des examens, nous sommes frappés par l'absence des réflexes tendineux.

Antécédents héréditaires : Mère décédée à 55 ans d'une « congestion cérébrale » ; père atteint de psychose maniaque dépressive et interné 14 fois ; frère aîné en bonne santé, pour lequel la malade témoigne une profonde affection.

Enfance normale ; maladies infantiles banales. Scolarité primaire complète avec léger retard (certificat d'études à 14 ans). Apprentissage de couturière pendant un an ; placée ensuite dans des dépôts de pharmacie, en qualité de conditionneuse.

Réglée depuis l'âge de 13 ans avec une avance habituelle de 4 jours. A 19 ans, aventure amoureuse passagère sans cohabitation. Mariage en janvier 1935 avec un camarade de travail ; entente parfaite et ménage d'apparence très uni.

(1) COURBON et TUSQUES. — a) Maladies du rythme et de l'équilibre, in *Annales Médico-Psychologiques*, 1932, tome I, p. 51 ; b) La dynamique et la statique des constitutions. Congrès des aliénistes et neurologistes de Limoges, 1932.

Après grossesse normale, accouchement le 5 mars 1936 d'une petite fille (décédée à quelques semaines) ; 4 ou 5 jours après « fièvre de lait » : élévation thermique dépassant 39° et persistant près de trois semaines.

Dès la convalescence — c'est à peu près le moment du retour de couches qui se fait normalement —, l'entourage note une modification du comportement : Yvonne néglige son ménage ; elle paraît triste et absorbée. C'est ainsi que s'installe un syndrome mélancolique assez typique : un soir que son mari rentre un peu tard, elle lui fait une scène et le renvoie à une amie imaginaire, puis s'accuse elle-même d'infidélités sur lesquelles elle ne peut, et pour cause, apporter aucune précision ; « j'en ai trop sur la conscience », se borne-t-elle à dire. Abandonnée par son mari qui l'a prise au sérieux et auquel elle a proposé de la tuer, incomprise par son père brutal et aliéné, Yvonne sombre dans l'inertie la plus complète et doit être conduite par son frère à la Pitié. Là se constitue assez rapidement le syndrome catatonique que nous constatons à l'arrivée à l'Asile.

Etendue sur son lit, absolument inerte, les yeux fixes, à moitié ouverts, le visage pâle parfaitement inexpressif, les bras le long du corps, Yvonne ne répond à aucune de nos questions et c'est en vain que nous employons tour à tour la promesse et la menace. Le bras soulevé s'immobilise dans la position et l'attitude où nous l'abandonnons ; lorsque nous répétons cette manœuvre, nous nous sentons accompagnés dans le mouvement que la malade achève d'elle-même ; elle ne laisse retomber son membre que sur notre ordre expres. Elle obéit en effet, avec lenteur certes, mais aussi avec une passivité remarquable : après lui avoir fait ouvrir la bouche, tirer la langue, donner la main, etc..., nous la faisons se coucher sous le lit, se mettre absolument nue ou sucer une plume trempée dans l'encre... Nous nous apercevons enfin qu'elle est capable de répondre par écrit à nos questions précises ; d'une écriture un peu incertaine et tremblée, elle nous donne la date de sa naissance, de son mariage, de son accouchement, de son internement ; elle sait, en effet, se trouver à Sainte-Anne, dans un asile d'aliénés. Elle est capable de faire une multiplication de 3 chiffres, mais achoppe devant un problème simple. Dans ce domaine encore nous constatons la docilité extrême que nous signalions tout à l'heure : sous notre dictée, elle écrit sans hésitation qu'elle est Reine de France, Impératrice des haricots et qu'elle nous donne 300.000 francs....

Nous ajoutons qu'elle mange seule et qu'elle est gâteuse.

Examen physique : Malade apyrétique ; état général peu touché ; pâleur. Un peu d'hyperhidrose palmaire ; rien à signaler à l'auscultation cardio-pulmonaire ; tension artérielle : 12/8 ; urines sans sucre ni albumine.

Examen neurologique : Les réflexes tendineux sont abolis ; cependant, à la percussion forte du tendon rotulien gauche, sur son bord interne, on constate une secousse musculaire visible et palpable qui

n'entraîne que rarement un déplacement de l'article — ce phénomène est d'ailleurs rapidement épuisable — ; de plus les deux réflexes olécraniens sont égaux et normaux.

Les réflexes cutanés sont tous présents (plantaires, abdominaux, anal). Réflexivité vélo-palatine intacte. La sensibilité aux divers modes paraît normale ; on ne constate aucun signe des séries extrapyramidale et cérébelleuse.

Appareil oculaire : motricité extrinsèque normale (cependant léger strabisme externe gauche probablement congénital). Sensibilité conjonctivale normale. Les pupilles égales et régulières réagissent à l'accommodation, à la lumière et à la convergence.

Examens biologiques : Dans le sang, réactions de Bordet-Wassermann, de Meinicke, de Hecht et de Kahn négatives ; dans le liquide céphalo-rachidien : albumine 0,30, lymphocytes 0,9, benjoin colloïdal 00000.00000.00000, réactions de Bordet-Wassermann, de Meinicke et des globulines négatives.

Yvonne est soumise au traitement par la vitamine E en séries successives, extraits de foie. Elle reçoit plus tard 3 cc. d'huile térébenthinée à la face externe de la cuisse qui déterminent de courtes réactions locale et thermique.

Cette malade reste dans l'état que nous venons d'indiquer jusqu'au mois de novembre ; cependant les infirmières la font lever régulièrement et réussissent ainsi à éviter le gâtisme. Vers le début de novembre, sa voisine de lit, qui nous paraît digne de confiance, vient nous dire l'avoir entendu parler toute seule les nuits précédentes : « Docteur, je ne suis pas malade, laissez-moi tranquille !... » ; une autre fois il s'agissait du laitier...

Au début de décembre, elle est toujours mutiste, mais elle fait seule sa toilette et son lit ; vers le milieu du mois, elle dit enfin : « merci » et « bonjour » aux infirmières puis, quelques jours après à nous-mêmes ; bientôt elle se met à parler normalement.

Au cours des divers examens que nous avons pratiqués depuis ce moment nous n'avons pu constater aucun déficit intellectuel ni aucune dissociation schizophrénique ; nous avons particulièrement fait porter nos interrogatoires sur les souvenirs que la malade conserve de sa période et de son expérience catatoniques : « Maintenant, je suis normale..., d'habitude j'ai plutôt le caractère très gai..., pendant ma maladie je me sentais plutôt triste..., je pensais toujours aux miens, à mon mari, à mon enfant, à mon frère ; par la pensée j'étais près d'eux ; c'était toujours leurs physionomies et encore la tête ne me revenait pas si bien..., je voulais y penser, j'avais du mal à y arriver..., je cherchais des dates dans ma tête.

« Je savais où j'étais ; je voyais le jour sur les bandes des journaux de mes voisins ; c'était Mme S... et avant elle Mme G... Un jour, à la visite un petit Monsieur brun avec des lunettes vous accompagnait » (nous l'avions, en effet, un jour montrée au Docteur B...), « je me

souviens de mon panaris, de ma visite à un autre pavillon..., on a ouvert mon doigt...

« Quand on me questionnait l'idée ne me venait pas de parler..., j'avais la réponse dans la tête..., ce n'était que de parler, il n'y avait que cela..., j'aurais fait tout ce qu'on m'aurait dit de faire, n'importe quoi..., je sentais que j'avais besoin d'aller au cabinet, mais l'idée ne me venait pas d'y aller..., je me faisais du mauvais sang de me voir comme cela ; en moi je me disais : j'ai quelque chose, cela vient de la tête et pourtant je n'étais pas agitée comme les autres. »

A côté de cette conscience assez nette de l'état pathologique et même de l'affection mentale, nous ne sommes pas parvenus à mettre en évidence le moindre déficit mnésique d'ordre post-confusionnel ; jamais non plus elle n'a eu l'impression d'une force étrangère agissant sur elle ou sur sa pensée. Comme nous lui disons qu'on l'a entendue parler la nuit, elle s'en étonne et nous dit : « Ce doit être en rêve. »

L'examen neurologique met en évidence l'aréflexie contingente avec les exceptions que nous avons signalées. Par ailleurs le père et le frère de la malade ont des réflexes normaux.

Cette observation nous paraît intéressante pour un certain nombre de raisons que l'on appréciera diversement et dont l'ensemble motive cette présentation :

1° La stupeur catatonique de cette malade a été classiquement fragmentaire : mutiste absolu, elle a toujours obéi à nos ordres avec une passivité remarquable et a toujours été capable de répondre par l'écriture à nos questions.

2° Au cours de la psychose puerpérale, la constatation d'un syndrome catatonique nous paraît comporter un pronostic infiniment moins sombre que ne le voudrait la tradition (1).

3° Cette malade nous paraît avoir largement bénéficié de la thérapeutique habituelle dans le service dans les cas de psychose puerpérale et récemment préconisée par Guiraud et Nodet : association d'huile térébenthinée et de vitamine E. (1).

4° Elle est actuellement parfaitement normale et susceptible de nous éclairer sur l'état mental des catatoniques, — ou du moins de certains catatoniques, — jusqu'ici connu surtout par les confessions des déments précoces à la faveur des rémissions et des mescalinisés.

5° Exempte de tout soupçon de syphilis, elle présente enfin une aréflexie tendineuse subtotale ; nous nous bornons pour l'instant à verser ce cas au dossier déjà volumineux des aréflexies cryptogénétiques.

(1) P. GUIRAUD et Ch. NODET. — *Les psychoses puerpérales et leur traitement. Action de la vitamine E*, in *Paris Médical* du 19 septembre 1936.

**Hyperalbuminose chez un hébéphrénique, par MM. L. MAR-
CHAND, Y. LONGUET et L. ANGLADE (présentation de malade).**

Le caractère organique de certains syndromes mentaux dans lesquels les symptômes neurologiques sont peu nets ou font défaut est décelé parfois par le seul examen du liquide céphalo-rachidien.

L'observation suivante en est un exemple :

G. F..., 32 ans, est entré dans le service le 22 octobre 1936, avec le certificat suivant :

« Est atteint de démence précoce. Indifférence. Désintérêt général. Inhibition mentale. Barrage de la pensée. Hallucinations auditives. On lui envoie des ondes, des phrases, des insultes, des menaces qu'il entend également la nuit.

« Troubles cœnesthésiques : dit que sa tête explose, que ses oreilles gonflent. Bradykinésie. Inertie. Attitudes catatoniques. Mutisme et refus d'aliments épisodiques. Insomnie. Coton dans les oreilles pour les protéger des ondes. Indifférence et apragmatisme sexuels. » (Signé D^r Dupouy).

Il venait de l'hôpital Henri-Rousselle où il avait été placé par les soins de l'Armée du Salut, dont nous tenons les renseignements suivants :

« Depuis quelque temps, il ne mangeait plus, ne dormait plus, ne parlait à personne, restait inactif des heures entières. Se plaignait que sa tête explosait, que des personnes lui envoyaient dans les oreilles des ondes qu'il ressentait comme des phrases. Il s'en protégeait par le port de coton. »

Il s'est présenté à nous, sous un aspect calme, timide avec une mimique peu expressive.

Il répond à voix basse et monotone aux questions qu'on lui pose. Ses réponses sont lentes, pénibles, souvent imprécises, il semble douter de ce qu'il dit.

Il donne correctement son nom, son âge, sa date de naissance. Il est bien orienté dans le temps et dans l'espace.

Il « serait malade depuis 4 ou 5 mois peut-être ».

Ne travaille plus depuis plusieurs années, 1927 ou 1928 ; auparavant il aurait travaillé irrégulièrement comme manœuvre chez son beau-frère.

Il vivait depuis 1933 à l'Armée du Salut, n'y faisant rien. Inscrit au chômage, il touchait 154 fr. par quinzaine.

Il n'est pas marié, ne se rappelle pas avoir eu d'amie.

Il ne sait pas jusqu'à quel âge il a été à l'école, peut-être jusqu'à 13 ou 14 ans. Il pense avoir eu son certificat d'études.

Il se souvient d'avoir accompli un an de service militaire, dans l'infanterie, à Bar-le-Duc.

Son père est mort pendant la guerre, sa mère est morte en 1926 ou 27, elle avait dans les 40 ans.

Il a deux frères et une sœur qu'il n'a pas vus depuis très longtemps.

Quand on lui demande ce qu'il éprouve, il répond d'abord qu'il ne se plaint de rien, puis il déclare qu'il est « solutionné » ; se plaint d'avoir mal à la tête. Il a l'impression que sa tête s'allonge dans le sens antéro-postérieur ou transversal. C'est « un changement ». Il éprouve, en outre, de « petits déclanchements », et des « gênes » du côté des oreilles, en avant et en arrière. Il nie avoir entendu des choses désagréables ou éprouvé des troubles psychosensoriels.

Son affectivité semble extrêmement diminuée.

D. — Vous allez mourir ? — R. — Je ne sais pas.

Cependant au cours de l'interrogatoire il nous dit : « Je suis en train de me demander quand je pourrai être sortant, cela m'ennuie d'être ici, je me demande si je me suis trompé, j'ai changé de lit, de salle. »

On ne relève pas d'idées délirantes en dehors des troubles de la coenesthésie.

Quant à son fonds mental, si G. F... semble avoir bien conservé tous ses souvenirs scolaires, s'il écrit correctement, calcule bien, rectifie les phrases absurdes, il montre un gros désintérêt des événements actuels, il ne sait ni le nom du Président de la République, ni du Président du Conseil ; il n'est pas au courant des événements d'Espagne.

Aucun changement dans l'état mental n'a été noté depuis l'entrée. L'idéation reste aussi lente et aussi pauvre.

Tous les jours, à la visite, on le trouve assis, la tête baissée, se frottant les mains.

Examen physique. — Faciès légèrement figé. Tremblement labial et digital très menu.

Petits gestes automatiques : se gratte la tête.

Tics non synchrones : élévation des sourcils ; contraction du frontal.

Réflexes très vifs et même polycinétiques, surtout au membre inférieur droit.

Pas de clonus, pas de Babinski.

Pas de signe de la roue dentée, mais une certaine raideur dans la recherche de l'hypertonie. Marche normale.

Examen oculaire. — Les pupilles réagissent bien. Fond d'œil normal, aucune paralysie oculaire.

Les autres appareils semblent cliniquement indemnes.

Les réactions de Bordet-Wassermann, de Meinicke et de Kahn sont négatives dans le sang.

La ponction lombaire a donné les résultats suivants :

Le 20 octobre 1936 : Albumine : 1 gr. 20. Pandy : +. Weichbrodt : 0. Leucocytes : 0,2. Benjoin : 00000.22221.00000. Meinicke : positif. Bordet-Wassermann : négatif.

L'hyperalbuminose et le Meinicke positif nous ont ensuite déterminé à pratiquer deux autres ponctions lombaires à des époques assez éloignées, les unes des autres, pour contrôler la première.

Le 9 novembre 1936 : Albumine : 1 gr. 20. Pandy : +. Weichbrodt : 0. Leucocytes : 2. Quelques globules rouges. Benjoin : 00000.22222. 22100. Meinicke : négatif. Bordet-Wassermann : négatif.

Le 7 décembre 1936 : Albumine : 0,95. Pandy : +. Weichbrodt : 0. Leucocytes : 0,4. Benjoin : 00000.22222.22000. Meinicke : positif. Bordet-Wassermann : négatif.

Ainsi, l'hyperalbuminose est restée manifeste, avec cependant légère extension de la précipitation du benjoin dans la zone méningitique.

Quant à la pression, elle n'a jamais été trouvée exagérée.

Si nous présentons ce malade, c'est en raison de l'interprétation difficile de cette hyperalbuminose constatée au cours d'un état mental chronique, rentrant dans le groupe des hébéphrénies, et dont le début remonte à trois ans. Il nous paraît indiscutable qu'il ne s'agit pas d'un cas de paralysie générale.

Nous pensons également pouvoir éliminer le diagnostic de tumeur cérébrale : aucun symptôme neurologique, ni aucune modification du fond d'œil ne viennent étayer cette hypothèse. Le diagnostic auquel nous nous rallions est celui d'encéphalite, mais la difficulté est de savoir quelle en est la nature. Nous manquons de renseignements sur le début même de l'affection, quoique, d'après les dires du malade, il ne semble pas qu'il ait présenté à ce moment de la somnolence ou des troubles oculaires pouvant faire songer à une encéphalite épidémique.

Depuis que cette affection évolue, nous ne constatons pas de symptômes de parkinsonisme. Le malade a bien un aspect figé, de la lenteur des mouvements, quelques tics. Ce sont là des symptômes trop peu accusés pour affirmer ce diagnostic.

Notre diagnostic sur la nature de l'encéphalite reste donc en suspens. Le traitement antisépifique que nous avons institué n'a donné aucun résultat.

Syndrome parkinsonien encéphalitique chez une syphilitique.
Considérations anatomo-pathologiques, par MM. L. MARCHAND
et G. DEMAY.

Le cas suivant présente comme particularité que le syndrome parkinsonien est apparu chez une syphilitique. En raison de son évolution insidieuse, on pensa tout d'abord à lui attribuer une pathogénie syphilitique. Les constatations cliniques et humorales, l'épreuve thérapeutique, l'examen anatomo-pathologique concordent pour montrer que cette infection ne saurait être incriminée.

Mme M., âgée de 47 ans, en observation à l'hôpital Henri-Rousselle depuis le 6 août 1935, entre à l'Asile de Maison-Blanche le 14 août 1935 avec le certificat suivant : « Parkinsonisme post-encéphalitique avec séquelles psychiques. Syndrome hyperkinétique. Rigidité. Parole lente et monotone. Dépression hypocondriaque et gémissante. Anxiété. Elle sait qu'elle va mourir. Idées pauvres de persécution. Opposition. »

Mme M. est souffrante depuis deux ans, depuis la mort de son mari, qui était atteint d'un cancer de l'estomac. Elle l'avait soigné pendant 6 ans. Les premiers troubles, prétend-elle, sont apparus le lendemain de la mort de son mari (23 juin 1933) et ont consisté en crises oculogres ; ses yeux se convulsaient en haut et « sa tête se mettait de travers » (torticolis spasmodique). Elle n'a présenté ni somnolence, ni fièvre. Son médecin l'a envoyée à la Salpêtrière, où elle a été soignée par le Dr Christophe.

Comme elle avait contracté la syphilis à l'âge de 27 ans, elle fut scumisée à un traitement au bivatol et au multhanol. Elle a été ensuite hospitalisée à l'hôpital Bichat. Elle avait des maux de tête terribles et des douleurs au niveau de la région stomacale.

Une ponction lombaire pratiquée le 10 janvier 1935 a donné les résultats suivants : Albumine : 0,22 ; Leucocyte : 1 ; Benjoin : négatif ; Bordet-Wassermann : négatif. A la même époque, le Bordet-Wassermann sanguin était également négatif.

Après deux mois de traitement, elle est rentrée chez elle, a essayé de travailler, mais son affection a continué à s'aggraver. Elle a été de nouveau hospitalisée à l'hôpital Beaujon durant deux mois, puis au Vésinet. Les troubles mentaux semblent avoir débuté à cette époque. Elle se disait très malheureuse, on la laissait toute seule dans une chambre, tout le monde était méchant pour elle. L'infirmière la sortait du lit et la jetait par terre. On l'appelait vieille folle, dingo, vieille fainéante ; « tu ne crèveras donc pas », entendait-elle. C'est alors qu'elle a été placée de nouveau à l'hôpital Beaujon qui l'a di-

rigée sur l'hôpital Henri-Rousselle: Elle a été transférée à Sainte-Anne, puis à l'asile de Maison-Blanche.

A son entrée, on note un faciès et une attitude figés; légère asymétrie faciale. Voix monotone. Marche à petits pas avec projection en avant. Hypertonie généralisée. Réflexes tendineux vifs. Anisocorie et irrégularités pupillaires; le réflexe irien à la lumière existe, mais est plus faible à gauche. Pas de tremblement des extrémités. Pas de sialorrhée. Céphalée et constipation opiniâtre. Pas de fièvre.

Poumons normaux. Premier bruit aortique clangoreux. Tension artérielle 13-9 1/2 (au Vaquez). Numération globulaire: globules rouges: 4.150.000; globules blancs: 5.000. Les réactions de Bordet-Wassermann, de Meinicke, de Kahn sont négatives dans le sang.

Les urines ne renferment pas de sucre. Traces légères d'albumine. Pas d'acétone. Les règles sont normales.

Poids du corps: 61 kg. 500.

La malade émet des idées hypochondriaques basées sur des troubles de la cénesthésie. Sa circulation se fait tout de travers dans son corps; son sang ne circule que d'un côté dans deux artères; son foie fonctionne mal. Impression de piqûres par fluide électrique la nuit au cours de son sommeil. Elle n'est pas folle mais elle souffre tellement que ses idées vont se perdre. Elle a une maladie de la volonté. Elle a peur de mourir. Accès d'anxiété et gémissements.

La mémoire est bien conservée et elle nous donne des renseignements reconnus exacts sur ses antécédents héréditaires et personnels. Son père est mort de vieillesse à 76 ans. Sa mère est âgée de 70 ans et est en bonne santé. Elle a une sœur qui est mariée et bien portante.

M. n'a pas eu de maladie grave pendant sa première enfance. Fièvre muqueuse à 7 ans. Mariée, elle n'a pas eu d'enfants. Une fausse-couche provoquée. Elle a contracté la syphilis en 1914 en Roumanie et a été soignée régulièrement deux fois par an par des piqûres.

Dans les mois suivant son internement, la malade est ainsi traitée: Du 25 septembre au 30 novembre 1935, 20 injections de solmuth. Du 19 mars au 6 juillet 1936, traitement de Roemer au sulfate d'atropine. Du 11 juillet au 8 août 1936, 9 injections de solmuth. Le traitement est suspendu en raison de l'apparition d'un subictère. A cette époque la numération globulaire donne 3.340.000 globules rouges et 5.200 globules blancs sans caractère particulier de la formule leucocytaire. En septembre 1936, traitement au sulfate d'atropine et au salicylate de soude intra-veineux.

Pendant toute cette période, on ne note aucune amélioration de l'état mental et de l'état physique. Pas de température. En juin 1936, apparition d'hallucinations auditives. M. entend la voix de sa sœur, est étonnée de ne pas la voir et croit qu'elle est placée dans le même asile. Amaigrissement progressif. Le 15 août 1936, le poids du corps est tombé à 41 kg. (taille: 1 m. 58).

La malade meurt de cachexie le 4 octobre 1936.

Examen macroscopique. Encéphale. — Rien de particulier à l'extraction de l'encéphale de la boîte crânienne.

Méninges normales. Pas d'adhérences méningo-corticales. Aucune lésion localisée. Pas d'athérome.

Absence de coloration noire au niveau du locus niger.

L'hémisphère droit pèse 570 gr., le gauche 560 gr., le cervelet et le bulbe 160 gr.

Examen microscopique. Cortex. — Pas de lésion de la pie-mère. Les cellules ganglionnaires sont très altérées. Un grand nombre sont en voie de dégénérescence granuleuse. Aspect spongieux du cytoplasma ; noyaux excentriques. Prolongements protoplasmiques bien apparents. Zones acellulaires surtout dans les lobes temporaux.

Au niveau des régions motrices, certaines cellules ganglionnaires géantes présentent un aspect particulier. La cellule a pris une forme globuleuse et renferme une zone pigmentée ; les prolongements latéraux sont disparus. Le noyau semble occupé presque entièrement par le nucléole devenu volumineux et il est séparé du cytoplasma par une membrane très apparente. Dans certains éléments, le noyau ainsi modifié a des contours irréguliers. Au Bielchowsky, les neurofibrilles sont peu apparentes et le corps cellulaire prend un aspect granuleux. L'emplacement du noyau reste incolore.

Prolifération névroglique dans la substance grise.

Dans les circonvolutions préfrontales, encéphalite sous-corticale. Nombreux petits vaisseaux et capillaires sont bordés de cellules rondes souvent disposées sur plusieurs couches. Légère raréfaction du parenchyme autour des vaisseaux dont les parois paraissent normales.

Les fibres tangentielles sont diminuées de nombre dans les circonvolutions préfrontales. Elles sont bien fournies dans les autres régions.

Noyaux caudés et putamens. — Lésions cellulaires très accusées. Nombreux éléments sont en voie d'atrophie. Les noyaux sont pycnotiques. Pas d'altérations vasculaires. Couche épendymaire normale.

Couches optiques. — Cellules très atrophiées. Aucune lésion de l'épithélium ventriculaire. Quelques vaisseaux ont leurs parois infiltrées de cellules lymphoïdes.

Cervelet. — Le cervelet présente peu de lésions. Les cellules des noyaux dentelés sont toutes pigmentées ; quelques vaisseaux de la substance blanche sont atteints d'une légère périvascularite. Pas d'altération des fibres myéliniques.

Pédoncules cérébraux. — Le locus niger n'est plus représenté que par quelques cellules éparses. Celles-ci sont en voie de disparition par atrophie simple, sans neurophagie, sans réaction névroglique. La plupart ont pris une forme arrondie, par disparition de leurs prolongements. Leur noyau est peu visible et le nucléole prend à peine les

colorants. Grains de pigment noir disséminés dans les zones où les cellules ont disparu.

Quelques veinules ont leurs parois épaissies et légèrement infiltrées de cellules embryonnaires. Nombreux chromatophores dans l'adventice. Les cellules des noyaux du moteur oculaire commun sont peu lésées. Aucune lésion de l'épithélium épendymaire de l'aqueduc de Sylvius.

Bulbe. — Les cellules des noyaux des nerfs crâniens ont conservé leur forme normale. Quelques vaisseaux sont atteints de périvasculature. Aucune dégénérescence des cordons. La pie-mère renferme de nombreux chromatophores.

La malade avait contracté la syphilis à 27 ans. Les premières manifestations de l'encéphalite et du syndrome parkinsonien apparurent à 45 ans, sans phénomènes aigus, sous forme de crises oculogyres et de céphalée. Malgré la constatation des réactions négatives du sang et du liquide céphalo-rachidien, un traitement spécifique fut institué et n'amena aucune amélioration. L'affection évolua très rapidement ; la malade se cachectisa et mourut à l'âge de 48 ans.

Les troubles mentaux ne débutèrent que deux ans après le début de la maladie et consistèrent en idées hypocondriaques en partie légitimes, basées sur des troubles cénesthésiques, en idées de persécution, en hallucinations auditives épisodiques, sans affaiblissement intellectuel.

L'examen histologique, comme dans les cas que nous avons examinés précédemment (1), montre, outre des lésions importantes des lobes frontaux, une disparition presque totale des cellules du locus niger, sans neurophagie, sans prolifération névroglique, des lésions cellulaires importantes des régions pré-frontales avec altération des fibres tangentiellles. A côté de cellules qui ont encore conservé une forme normale, on peut noter tous les intermédiaires évoluant vers la disparition de l'élément. Par contre, il est intéressant de constater le peu d'activité des lésions vasculaires inflammatoires. L'atrophie progressive des cellules n'est donc pas en rapport avec les lésions inflammatoires et semble plutôt due à l'action d'une toxine.

(1) L. MARCHAND et H. PICHARD. — Syndrome de Parkinson post-encéphalitique. Destruction du locus niger. *Soc. Méd.-Psych.*, 14 décembre 1933.

(2) L. MARCHAND et A. COURTOIS. — Deux cas de syndrome de Parkinson encéphalitique datant de 14 ans. Disparition des cellules du locus niger. *Soc. Méd.-Psych.*, 12 décembre 1935.

Évolution progressive d'une paralysie générale infantile malgré un traitement stovarsolique intense chez un hérédo-syphilitique traité dès la naissance. — Considérations anatomo-pathologiques, par MM. L. MARCHAND, M. BRISSOT et P. DELSUC.

Le jeune malade, M... Jean, qui fait l'objet de cette communication, a déjà été présenté à la Société Médico-psychologique en juillet 1934 par MM. Brissot et Devallet ; ce dernier a repris l'observation dans sa thèse sur la Paralysie générale infantile (1935).

Dans leur travail de 1934, les auteurs ont individualisé d'après le mode de début et d'évolution de la démence, deux formes cliniques de la paralysie générale infantile survenant chez un hérédo-syphilitique impubère à développement intellectuel et physique normal jusqu'à l'éclosion de l'affection. Ils distinguaient, d'une part, un type à démence « globale », rapide, apparaissant de façon tout à fait précoce, et aboutissant en peu de temps à une démence « complète », c'est la forme qu'ils ont appelée « *massive* », et à laquelle l'un de nous a donné le nom « d'idiotie acquise » (L. Marchand). D'autre part, un type plus rare à évolution démentielle, lente et progressive, avec ictus répétés ; « c'est la forme *évolutive* qui peut être caractérisée seulement par une atteinte élective de la mémoire et de l'attention et la conservation relative des fonctions logiques ».

Le malade dont il est question ressortissait à ce type évolutif.

Nous voudrions aujourd'hui vous faire connaître, après un bref rappel de l'histoire de sa maladie, l'issue fatale de celle-ci malgré un traitement stovarsolique intense, et les résultats de l'examen histo-pathologique de son cerveau pratiqué au laboratoire de l'hôpital Henri-Rousselle.

Nous pouvons distinguer dans l'existence de cet enfant trois périodes :

une première, de la naissance à dix ans, durant laquelle l'enfant est normal (cliniquement parlant) ;

une seconde, de dix à quinze ans, période d'évolution démentielle de la maladie ;

enfin, une troisième, de quinze ans à seize ans et demi, caractérisée par l'amélioration des signes neurologiques et la stabilisation démentielle, sans modification des réactions positives du liquide céphalo-rachidien et du sang.

Pour l'histoire des deux premières périodes, nous rappellerons dans ses grandes lignes la communication de MM. Brissot et Devallet (juillet 1934).

Enfant né à terme le 10 août 1919 et admis dans le service de Vaucluse le 29 mars 1933. Pemphigus à la naissance. Traitements anti-syphilitiques divers pendant les dix premières années (Sulfarsénol, Acétylarsan, Sirop de Gibert, Quinby).

Premiers symptômes à dix ans. Ils sont d'abord peu marqués, puis vont se compléter et s'intensifier : la démence se constitue d'une façon assez progressive en quatre ans et demi.

C'est à douze ans que l'enfant est retiré de l'école, parce qu'il ne faisait plus de progrès scolaires ; on note son premier ictus peu après, en mars 1932.

En juin 1932, à l'âge de 13 ans, le niveau mental est de dix ans et demi (tests Binet-Simon). Liquide céphalo-rachidien : Lymphocytes 24,6 ; Albumine, 0,60 ; réaction de Bordet-Wassermann positive ; les signes neurologiques sont déjà au complet. Il est alors impaludé sans résultat, à Sainte-Anne.

En mars 1933, à son entrée dans le service, niveau mental de dix ans (tests Binet-Simon). Le traitement stovarsolique est commencé.

Le 12 mai 1934 : deuxième ictus épileptiforme sans séquelles.

Bilan au 1^{er} juin 1934, après une année de traitement stovarsolique (le malade a 15 ans) : rien de changé au point de vue neurologique, niveau mental tombé à huit ans et demi (tests Binet-Simon). Liquide céphalo-rachidien : Albumine 0,40 ; Leucocytes 8,8 ; Pandy et Weichbrodt : positifs ; réaction Bordet-Wassermann : positive ; Meinicke : positif ; Benjoin colloïdal : 22222.12222.00000.

Chaque fois que le niveau intellectuel a été recherché par la méthode des tests, le caractère électif de la démence s'est montré évident. Atteinte de l'attention, de la mémoire (surtout des connaissances scolaires), conservation assez bonne des facultés logiques : ainsi, à quinze ans, alors qu'il ne peut exécuter trois commissions, il critique, d'une façon pertinente, les phrases absurdes des tests.

Pendant la troisième période qui va de la fin de l'année 1934 au mois de mars 1936, le malade apparaît sous deux aspects très différents. Voici le bilan fait à la fin de mars 1936 : un groupe de symptômes somato-psychiques permettait de penser à un arrêt du processus méningo-encéphalitique syphilitique. Les signes oculaires sont inchangés, mais les tremblements divers, la dysarthrie, les troubles de la démarche, l'hyperreflectivité tendineuse ont en partie disparu. Le niveau mental est le même qu'en juillet 1934 ; fait particulier, c'est aux mêmes tests que l'enfant échoue, c'est-à-dire à ceux qui mettent en jeu principalement les fonctions de mémoire et d'attention. Enfin, notons l'intégrité de l'affectivité.

Cependant d'autres manifestations cliniques montrent que le processus est encore en évolution.

De nouveaux ictus surviennent respectivement le 27 avril 1935, le 8 septembre 1935, et enfin le 2 avril 1936 ; tous sans séquelles, sauf le dernier qui fut fatal à notre malade. L'examen du liquide céphalo-rachidien prélevé le 30 mars 1936 a donné les résultats suivants : Albumine 0,70 ; Leucocytes 8 ; réactions de Pandy et Weichbrodt : positives ; réaction de Bordet-Wassermann : positive ; réaction de Meinicke : négative ; Benjoin colloïdal : 12221,01220.00000. Dans le sang, le Bordet-Wassermann et le Kahn sont positifs, le Meinicke négatif.

Ainsi, alors que d'un côté, la stabilisation démentielle, l'amélioration progressive des signes neurologiques laissent supposer, sinon une régression, tout au moins un arrêt du processus inflammatoire, d'un autre côté, un deuxième groupe de faits (les ictus de plus en plus rapprochés, les réactions toujours positives du liquide céphalo-rachidien) témoignait que l'infection n'avait pas cessé d'évoluer. Et cela, malgré un traitement stovarsolique de plus en plus intense. Voici les séries d'arsenic pentavalent que notre malade a reçues : en 1933, deux séries, l'une de 11 gr. 25, l'autre de 21 gr. 50 (total : 32 gr. 75) ; en 1934, trois séries de 21 gr. 50 chacune (la dernière terminée en 1935) (total : 53 gr.). En 1935, deux séries de 35 gr. 50 chacune, ce qui fait, avec les 11 gr. 50 de la série commencée en 1934, 82 gr. 50 de sel.

Total général pour deux années et huit mois de traitement : 168 gr. 25 d'arsenic pentavalent.

A noter que, c'est durant la dernière année du traitement (1935), — celle où il reçut les plus fortes doses de stovarsol, — que notre malade a fait deux ictus, l'un, moins d'un mois après la fin d'une série. Nous soulignons la parfaite tolérance du médicament, injecté par voie intra-musculaire, suivant la technique habituelle appliquée chez l'adulte, et dont les doses totales furent à la fin supérieures à celles que l'on fait généralement chez celui-ci.

Nous voyons donc que MM. Brissot et Devallet, lors de la présentation de ce malade à la Société Médico-psychologique ont eu raison d'appliquer à cette paralysie générale le qualificatif d'*évolutif*. L'examen anatomo-pathologique que nous allons maintenant exposer nous montre que les lésions de cette paralysie générale étaient *en pleine évolution*, malgré la stabilisation intellectuelle et l'amélioration progressive de certains signes neurologiques sous l'influence vraisemblable de la thérapeutique active.

ENCÉPHALE. — *Examen macroscopique.* — Rien de particulier à l'extraction du cerveau de la boîte crânienne. Aspect laiteux des méninges qui recouvrent la face externe des lobes frontaux. Adhérences méningo-corticales et symphyses des lobes frontaux entre eux à leur face interne. Aspect ratatiné des circonvolutions au niveau des régions préfrontales. Congestion intense des veines méningées et surtout de la grande veine anastomotique de Trolard.

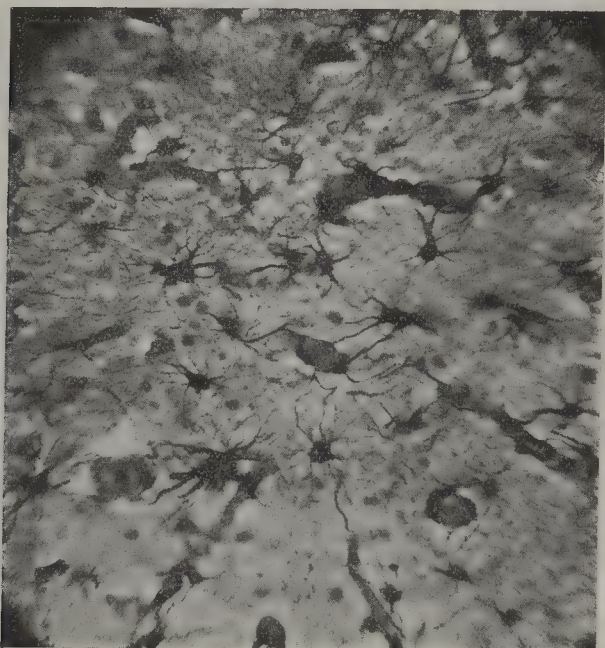


FIG. 1

Sur les coupes transversales aucune lésion localisée ; ventricules normaux ; granulations épendymaires sur le plancher du quatrième ventricule. L'hémisphère droit pèse 480 gr., le gauche 520 gr., le cervelet et le bulbe 165 gr.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — *Méninges.* — La pie-mère est épaissie et adhère par places au cortex. Elle est infiltrée de cellules embryonnaires, d'histiocytes, et de cellules plasmatiques, surtout dans les sillons où l'infiltration prend parfois l'aspect d'un tissu gommeux.

Cortex. — L'épaisseur du cortex est nettement diminuée. L'architecture des couches cellulaires est bouleversée. La plupart des cellules dans les diverses couches sont altérées : aspect globuleux, contours irréguliers, noyaux excentriques, aspect laqué du protoplasma dépourvu de granulations chromophiles. Pas de satellitose.

Infiltration considérable des parois vasculaires. La paroi des capillaires et des petits vaisseaux est formée de cellules endothéliales hypertrophiées et proliférées. Autour des artérioles et des veinules, prolifération de l'adventice formant des manchons épais de cellules plasmatiques.

Prolifération névroglie intense dans toute la substance grise ; les cellules névrogliales sont monstrueuses avec des prolongements

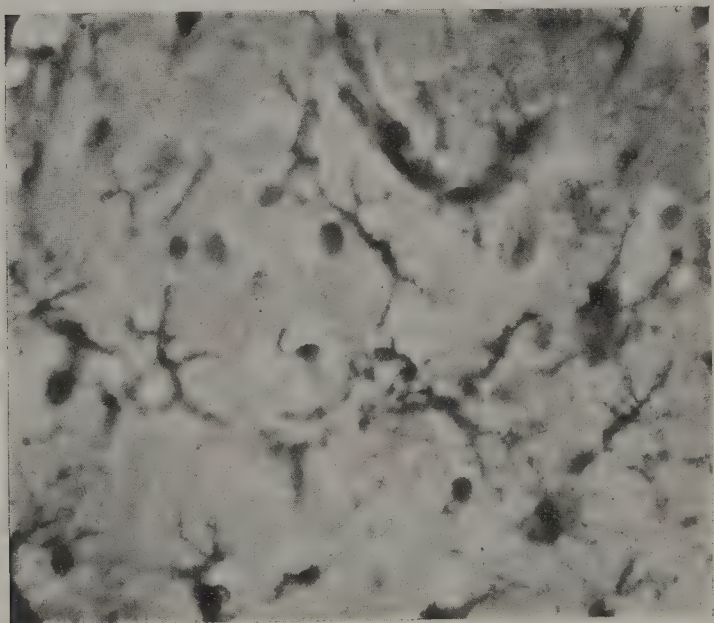


FIG. 2

très épais et nombreux ; la plupart renferment plusieurs noyaux (fig. 1). Les cellules situées autour des vaisseaux sont les plus volumineuses. La névroglie de la substance blanche ne présente aucune prolifération et les cellules sont de dimension normale.

Les microgliocytes, comme les cellules névrogliales, ont proliféré et ont pris un aspect monstrueux. Les cellules qui revêtent les formes les plus bizarres sont, par endroits, tellement nombreuses qu'elles forment un véritable syncytium. Les corps comme les prolongements sont hypertrophiés, couverts d'épines et renferment parfois deux noyaux. Les unes s'accrochent aux cellules nerveuses, d'autres suivent les parois des petits vaisseaux, la plupart paraissent indépendantes et revêtent la forme de cellules en bâtonnets (fig. 2).

Dans la substance blanche des circonvolutions, les cellules microgliales sont peu nombreuses et ont une apparence normale.

Les fibres tangentielles et le réseau de Tuzek sont presque disparus dans les circonvolutions des lobes préfrontaux. La strie de Bailarger n'est plus perceptible. Dans les zones motrices les fibres tangentielles sont très diminuées de nombre. Présence de nombreux corpuscules hyaloïdes situés surtout dans l'adventice des vaisseaux.

Noyaux caudés et putamens. — Les lésions inflammatoires péri-vasculaires sont moins intenses que dans le cortex. Cellules nerveuses très altérées. Prolifération névroglique et microgliale peu accusée. Les cellules de l'épendyme sont normales. Légère prolifération du tissu névroglique sous-épendymaire.

Couches optiques. — De nombreux vaisseaux sont entourés d'un manchon de cellules inflammatoires sans prédominance dans les parois du troisième ventricule. Cellules épendymaires et plexus choroïdien normaux.

Cervelet. — Grosse infiltration de la pie-mère par endroits. Les cellules de Purkinje et les cellules des noyaux dentelés ont un aspect à peu près normal. Dans la substance blanche, de nombreux vaisseaux présentent une infiltration de leur adventice.

Pédoncules cérébraux. — Péri-vascularite intense autour de la plupart des vaisseaux. Les cellules du locus niger renferment peu de pigment (sujet de 15 ans). Granulations épendymaires sur les parois de l'aqueduc de Sylvius.

Bulbe. — Légère infiltration de la pie-mère périlbulbaire. De nombreux vaisseaux intra-bulbaires sont atteints de péri-vascularite. Les cellules des noyaux des nerfs crâniens sont peu altérées. Granulations épendymaires très développées sur le plancher du quatrième ventricule. Aucune lésion dégénérative des cordons et des pyramides.

Au point de vue macroscopique, l'encéphale présentait les lésions classiques de la paralysie générale avec cette particularité que les ventricules n'étaient pas dilatés.

L'examen microscopique décèle les lésions de la paralysie générale *en pleine évolution*. Les lésions inflammatoires sont diffuses, très accusées et portent sur le tissu méningé et le tissu vasculo-conjonctif des divers étages de l'encéphale. La pie-mère cérébrale est parfois si infiltrée que le tissu enflammé prend l'aspect d'un tissu gommeux. A noter la prolifération monstrueuse névroglique et microgliale intéressant particulièrement la substance grise des circonvolutions. L'ensemble de ces altérations montre *l'intensité du processus pathologique*.

Devant l'histoire de cet enfant qui reçut des traitements anti-

syphilitiques aussi nombreux que variés, de sa naissance jusqu'à sa mort, nous serions tentés de conclure :

1° que la thérapeutique appliquée à la paralysie générale infantile dans sa forme évolutive (assez semblable à celle de l'adulte) est *inactive* ;

2° que le traitement de cette affection est le même que celui des autres encéphalopathies infantiles dues à l'hérédo-syphilis, c'est-à-dire qu'il doit être *uniquement préventif* : traitement avant la conception, traitement pendant la gestation.

M. COURBON. — Comme confirmation, confirmation bien fragile, je l'avoue, puisqu'il s'agit d'un seul cas, de la résistance opposée par les troubles mentaux de la paralysie générale juvénile, aux traitements, je rappellerai le petit malade présenté à la Société à la séance du 12 décembre 1935, par M. Leconte. Il est encore dans mon service où la stovarsolothérapie et la malaria-thérapie n'ont pas enrayé sa démence.

La séance est levée à 11 heures 50.

Le Secrétaire des séances :

Paul CARRETTE.

Séance du Lundi 25 Janvier 1937



 Présidence : M. René CHARPENTIER, président

En ouvrant la séance, M. René CHARPENTIER, *président*, présente les excuses du D^r VURPAS, président sortant, souffrant, et qui regrette de ne pouvoir assister à la séance. Il donne la parole au secrétaire pour lire l'allocution du président sortant, et, au nom de tous, exprime le vœu de revoir bientôt M. VURPAS reprendre sa place aux séances de la Société.

Allocution de M. Cl. VURPAS, président sortant

MES CHERS COLLÈGUES,

Un bon commerçant doit, à la fin de chaque exercice, remettre à ses mandants le bilan de la période écoulée. Je ne sais si je suis ce bon commerçant capable de jauger chaque affaire à sa valeur. Je sais seulement qu'il me serait malaisé de dire dans quelle mesure chacune de nos séances a fait progresser nos connaissances en aliénation mentale, et qu'il m'est plus facile de jeter un coup d'œil rétrospectif sur l'ensemble de la psychiatrie pour apprécier le chemin parcouru.

Bien que la vie mentale ne soit en somme qu'une succession d'états d'âme, la psychologie n'eut pas toujours voix au chapitre dans la détermination des délires. Quatre cents ans avant l'ère chrétienne, Platon ne leur reconnaissait, en effet, que deux origines : l'une physique, l'autre métaphysique. L'origine physique était à la base des délires les plus grossiers placés sous la dépendance des humeurs viciées, tandis que les désordres de nature plus élevée étaient d'essence divine. Les premiers avaient pour cause les humeurs mêlées au sang, principalement l'aigreur de la pituite et l'amertume de la bile dont les émanations, ne pouvant se faire jour au dehors, troublaient l'harmonie des cercles de l'âme et, quel que soit celui dans lequel elles tombaient, y causaient des tristesses et des chagrins de toutes espèces, provoquaient l'audace et la lâcheté et rendaient l'homme

oublieux et stupide. Mais à côté de ces délires inférieurs, il en était d'autres plus subtils inspirés par les Dieux et développés immédiatement et sans aucun intermédiaire dans l'âme raisonnable. Ils étaient sous l'influence de quatre divinités : le délire des Prophètes dû à Apollon ; le délire des Initiés ou des Corybantes dû à Bacchus ; le délire des Poètes dû aux Muses et le délire des Amants à Vénus et à Cupidon.

Durant l'Antiquité et le Moyen Age, les délires s'expliquaient de même tantôt par un trouble corporel, tantôt par l'intervention d'une puissance divine ou démoniaque. La Divinité fut plus à l'honneur chez les Anciens tandis que la période médiévale connut davantage l'influence diabolique. L'altération physique était alors attribuée le plus souvent à un état d'empoisonnement et les poisons de l'ivresse étaient comparés à un accès de folie de courte durée. Arétée, de Cappadoce, qui vivait au 1^{er} siècle, prétend, dans son *Traité de la Mélancolie*, que « le vin trouble la raison et amène le délire : quelques autres substances produisent le même effet, mais ces accidents surviennent tout à coup et se dissipent de même. Au contraire, la manie est stable et permanente ; très variée dans son mode, elle n'est réellement qu'une dans son genre. » Les auteurs séparent aussi, d'une façon radicale, les troubles mentaux survenus au cours de maladies nettement organiques avec accidents physiques graves ou s'accompagnant de fièvre, et les troubles mentaux constituant à eux seuls toute l'affection. Dans le premier cas, c'est la phrénitis, dans le second la manie. Un certain rapprochement est cependant établi entre ces deux états, comme le fait remarquer Soranus, puisqu'ils peuvent se succéder mutuellement, la phrénitis terminant parfois la manie, celle-ci pouvant, au contraire, succéder à une phrénitis.

Toujours au 1^{er} siècle, mais à son déclin, Galien distingue les signes propres, que les Anciens appelaient primaires, des signes sympathiques ou secondaires. « Lorsque, dans une pleurésie ou une pneumonie, dit-il, il survient du délire, personne ne dira que ce délire dépend d'un état morbide de la plèvre ou du poumon, mais tous les médecins s'accordent à dire que cette partie dans laquelle réside la faculté de penser est affectée par sympathie ; tous au contraire reconnaissent que, dans la léthargie et dans la phrénitis, cet organe n'est pas pris par consensus, mais bien par affection première. Si l'on connaissait l'état physiologique du cerveau, ajoute-t-il, on trouverait sûrement dans son état pathologique et le lieu malade et le genre de maladie. »

Au xvi^e siècle, Plater rapprochait également la folie des troubles causés par les poisons, conception qui fut aussi celle de

Sennert, puisque pour ce dernier : « La manie est assez souvent déterminée par une suppression d'hémorroïdes, du flux mensuel ou de celui qui suit l'accouchement, ou encore par l'occlusion de trajets fistuleux de vieilles plaies. » Mais Sennert, à l'opposé des auteurs anciens et conformément aux idées régnantes de son siècle, faisait jouer un rôle important aux causes surnaturelles et à l'action des démons qui profitent de l'altération de l'organisme pour s'en emparer et y tenir un rôle prépondérant. « Il faut ajouter, dit-il, l'influence supérieure des démons auxquels Dieu permet de s'associer aux humeurs viciées : ce qui explique comment les maniaques disent et font des choses qui ne peuvent être rapportées à des causes naturelles. » Cet auteur fait aussi appel, dans une certaine mesure et dans certains cas, à des faits psychologiques qu'il étudie dans le domaine de la pathologie et, par là, il fait entrer la psychologie dans l'étude des maladies mentales.

Vers la fin du XVII^e siècle et le commencement du XVIII^e, la folie et le délire furent considérés comme des fautes morales. Stahl, l'auteur de l'*Animisme*, les plaçait, ainsi d'ailleurs que toutes les maladies, sous la dépendance du péché qui rompait l'harmonie qui devait exister entre la conscience et le monde. Un siècle plus tard, les mêmes idées étaient reprises et développées avec quelques modifications par Heinroth, puis par Langemann et Ideler.

À la fin du XVIII^e siècle, à peu près vers la même époque, la médecine mentale prenait son essor. La méthode adoptée fut essentiellement psychologique, et pour Pinel, qui en fut le promoteur... « l'aliéniste doit s'appliquer à l'étude clinique des maladies mentales, mais en suivant les procédés des psychologues et en appliquant, aux lésions de l'entendement, les procédés de l'observation médicale. »

La même voie fut suivie par Esquirol pour qui les troubles psychologiques semblent présider à la genèse des délires et résident dans l'impossibilité de fixer et de diriger l'attention. Ses disciples et ses successeurs restèrent fidèles au principe, mais modifièrent les conceptions psychologiques qu'ils placèrent sur le plan de la psychologie pathologique. Pour J.-P. Falret, toutes les facultés intellectuelles sont prises à la fois à des degrés divers dans les différents troubles mentaux et il compare la construction d'un délire à la recherche d'un problème dont la solution arrive enfin à se faire jour ; à ce moment, la systématisation commence.

Selon la faculté semblant lésée, une origine différente fut

attribuée aux divers délires. Certains auteurs incriminèrent un trouble de l'affectivité, d'autres une altération intellectuelle ; d'autres un désordre de l'action ; pour les uns, l'intelligence était lésée dans sa totalité, pour d'autres de façon seulement partielle, pour d'autres encore la cause en était un trouble de l'automatisme : « Plus j'observe les aliénés, écrivait Baillarger en 1855, plus j'acquies la conviction que c'est dans l'exercice involontaire des facultés qu'il faut chercher le point de départ de tous les délires. »

La psychiatrie s'était cependant placée sur le terrain de l'expérimentation et, dès 1845, Moreau de Tours, à l'aide du haschich, espérait pouvoir donner une explication pathogénique et expérimentale du délire. Il le comparait au rêve et mettait à sa base l'excitation. Cette excitation provoquait, selon lui, une désagrégation de l'intelligence. « Locke, disait-il, paraît s'en prendre à l'imagination, mais il n'indique pas la source où l'imagination puise cette force toute nouvelle, extraordinaire... Elle réside essentiellement dans l'excitation, fait primitif générateur de tous les phénomènes du délire. »

À l'aurore de la neurologie, on fit fonds sur la nouvelle venue que son rapide développement plaçait au premier plan et qui semblait devoir doter de ses méthodes sa sœur aînée.

Ce furent ensuite les doctrines des infections et des intoxications, puis de l'anaphylaxie, etc... Enfin, le rôle des hormones, celui des produits glandulaires et autres eurent, tour à tour, les faveurs du moment.

À un pôle opposé, la psychologie expérimentale, grâce aux instruments de la physiologie et des tests, semblait emboîter le pas à la physiologie et paraissait devoir illuminer la psychiatrie d'un jour nouveau. La psychologie pathologique tentait d'enrichir de lois précises la médecine mentale et de donner des bases solides à la psychologie. Le somnambulisme et le sommeil provoqué démasquaient les mystères de la vie mentale, tandis que le sommeil naturel et l'étude des rêves soulevaient un coin du voile sur les méandres de la pensée. Des conceptions nouvelles sur une vie sexuelle méconnue éclairaient de leur côté la constitution des névroses, des psychoses et de l'aliénation.

Dans un autre domaine, les siècles passés et même l'Antiquité avaient admis que les traits et la conformation physique reflétaient le caractère et la conscience. La statuaire grecque fut largement empreinte de cette donnée et la tradition s'en perpétua. Précédée de deux cents ans par les travaux de Gratarolus et de Della Porta, l'œuvre de Lavater eut, au XVIII^e siècle, un regain de

vie ; et la phrénologie qui en découla connut la célébrité avec Gall et Spurzheim. Aujourd'hui, la morphologie est leur fille aînée. Depuis les travaux de Kretschmer, elle tient sa place en psychiatrie et c'est vers elle que les regards se tournent.

En somme, chaque connaissance et chaque doctrine a eu sa répercussion sur les conceptions de la psychiatrie, mais tous les avis ne sont pas unanimes. Ici même, des divergences d'opinion apparaissent. Faut-il s'en plaindre ou s'en réjouir ? Si le résultat final ne devait que provoquer plus de confusion et n'aboutir qu'à une nouvelle Tour de Babel, il faudrait le déplorer. Mais il n'en n'est pas ainsi, car s'il est vrai que la diversité des conceptions nuit à l'unité de l'ensemble, il n'est pas moins vrai qu'elle place une même question sous ses angles divers et les éclaire par ses différentes facettes. La conséquence est un développement des connaissances et des notions qui s'y rattachent. Cet accroissement de notre patrimoine scientifique est déjà un premier avantage, mais il n'est pas le seul et une autre compensation est un plaidoyer éloquent en faveur d'une plus grande tolérance et de plus de respect pour toutes opinions : ce qui est, non seulement un article de courtoisie, mais aussi une vertu éminemment scientifique. Ne nous plaignons donc ni de la diversité des opinions, ni de leur contradiction apparente, car elles concourent, en définitive, à plus de largeur de vues. Cette plus grande compréhension a d'ailleurs toujours inspiré notre société. Ses portes ont été largement ouvertes à tous les savants qui ont contribué à enrichir le domaine de la pensée. Psychiatres, psychologues, biologistes, médecins, philosophes se sont trouvés réunis à ces séances au plus grand profit de leurs connaissances réciproques.

Cette traditionnelle animation se perpétuera sous l'impulsion de notre nouveau Président. Son activité éclairée, son dévouement, la connaissance du mécanisme profond de nos séances due à sa longue expérience de Secrétaire général, sa situation à la Direction des *Annales Médico-Psychologiques* sont des gages certains de la teneur scientifique et de la marche en avant de notre Société dont la fondation remonte à plus de quatre-vingts ans.

Il m'est agréable de souhaiter la bienvenue à notre ami Fillasier. Ses attaches étroites avec Magnan évoquent la mémoire du Maître dont l'enseignement rayonna sur toute la génération que connut notre jeunesse. A ce double titre, je suis heureux qu'il me soit donné d'accueillir aujourd'hui notre nouveau Vice-Président.

Je remercie mon ami Courbon, impeccable dans ses fonctions

de Secrétaire général, et nos dévoués Secrétaires des séances, MM. Paul Abély et Carrette, dont le zèle permet la marche régulière de notre Société. Nous avons à déplorer le grave accident survenu à notre ami Paul Abély. Au nom de toute la Société et en mon nom personnel, je lui adresse, avec notre témoignage de sympathie, nos vœux pour sa prompte et complète guérison.

Nous avons eu à enregistrer la démission de Mme Thuillier-Landry, mais nous n'avons pu que nous incliner devant sa décision irrévocable. Au nom de la Société Médico-Psychologique, je lui adresse nos remerciements et nos regrets. Une consolation nous a été réservée : c'est l'acceptation de notre ami Collet à ce poste délicat et je suis heureux de lui souhaiter aujourd'hui la bienvenue.

A vous tous, mes chers Collègues, j'exprime mes remerciements pour l'amabilité affectueuse que vous m'avez témoignée au cours de cette Présidence et qui restera un de mes souvenirs les plus chers.

Allocution de M. René CHARPENTIER, président

MES CHERS COLLÈGUES,

En prenant place à ce fauteuil, mes premières paroles seront pour vous remercier de la confiance que vous me témoignez depuis tant d'années dans nos divers groupements et particulièrement dans cette Société Médico-psychologique que son passé nous rend à tous si chère. Il y aura, en effet, cette année 70 ans que notre Société, conçue en 1847, fondée en 1852, fut reconnue d'utilité publique.

De ce Bureau, vous m'avez fait occuper successivement toutes les places depuis le jour où le regretté Ant. Ritti voulut bien me demander de m'asseoir à ses côtés en qualité de secrétaire des séances. Mon souvenir va aujourd'hui vers lui qui fut pendant 39 ans, de 1882 à 1920, l'âme de notre Société, et vers son successeur Henri Colin. Tous deux me choisirent comme leur collaborateur à la Société Médico-psychologique et aux *Annales Médico-psychologiques*. Ce sont eux — à qui je devais un jour succéder — qui m'ont initié aux diverses fonctions dont vous m'avez fait l'honneur de me charger. C'est leur exemple, joint à votre amicale collaboration, qui m'a permis de mener à bien la tâche importante que vous avez bien voulu me confier en 1930 : transformation de la Société et de son *Bulletin*.

Ma pensée va aussi vers ceux de mes Maîtres, pour la plupart disparus, qui furent appelés à la présidence de notre Société. Dans le rôle, à la fois périlleux et facile, de présider à vos travaux, comme naguère ils seront mes guides.

Je n'aurai, d'ailleurs, qu'à suivre l'exemple laissé par notre président sortant, mon vieil ami Vurpas. N'ai-je pas déjà l'habitude de lui succéder ? Peut-être s'en souvient-il, c'est il y a trente ans, en 1907, qu'il m'échut d'occuper, à l'Asile Sainte-Anne, la place de chef de clinique qu'il laissait vacante. Je connais donc les avantages et les dangers de sa succession. Je profiterai des uns et ne tenterai point de braver les autres.

Sous l'égide de notre secrétaire général Paul Courbon, dont nous apprécions tous le dévouement exemplaire, l'exactitude souriante et l'activité inlassable, des tâches importantes attendent, cette année, notre Société. A l'occasion de l'Exposition Internationale, de nombreux Congrès internationaux, auxquels beaucoup d'entre nous prendront part, se tiendront à Paris. Comme d'autres Sociétés scientifiques, vous avez décidé de donner une importance particulière à notre séance ordinaire du mois de juillet, et vous avez fixé à ce lundi 26 juillet notre dîner annuel. Nous pourrons ainsi inviter ceux de nos membres associés étrangers qui seront présents à Paris. Tout en apportant sa collaboration entière aux diverses réunions neuro-psychiatriques, la Société Médico-psychologique remplira donc son devoir d'hospitalité en cette année 1937 où la France recevra ses amis.

Dans ses lourdes fonctions, si absorbantes, notre très distingué Secrétaire général sera secondé par nos dévoués secrétaires des séances, MM. Paul Abély et Paul Carrette. Si l'absence de notre collègue Paul Abély a pu nous inquiéter douloureusement, nous nous réjouissons maintenant de le savoir hors de danger. Nous espérons qu'une heureuse convalescence effacera toute trace du grave accident qui l'éloigne de nous actuellement.

La démission inattendue, regrettée de tous, de notre trésorière, Madame Thuillier-Landry, attriste particulièrement celui qui, aujourd'hui votre président, hier votre secrétaire général, connut le prix de sa collaboration. En une période laborieuse, difficile, de la vie de notre Société, il lui fut demandé tant d'efforts, et jamais en vain. Mais nous savons que les finances de la Société sont en bonnes mains et que notre nouveau trésorier, M. Georges Collet, saura les maintenir en aussi bonne situation qu'il les a reçues.

Ainsi encadré, sachant que si j'avais une défaillance, le vice-président désigné par vos suffrages, mon ami le Dr Fillassier, remplirait mieux que moi ces fonctions, il ne me reste plus qu'à

donner la parole aux auteurs inscrits à l'ordre du jour de cette séance. Je sais exprimer votre pensée en demandant à nos jeunes collègues, dont nous accueillons si volontiers ici les premiers travaux, de parler plus que de lire et de résumer toujours très clairement l'objet de leur communication ou de leur intervention dans la discussion.

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du jeudi 10 décembre 1936, le procès-verbal de l'Assemblée générale et de la séance du lundi 28 décembre 1936 sont adoptés.

Correspondance

M. Paul COURBON, *secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le D^r TEULIÉ qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national* ;

une lettre de M. le D^r Pierre MALE, ancien chef de clinique neuro-psychiatrique à la Faculté, médecin assistant à l'hôpital Henri-Rousselle, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national* ; la Société désigne une Commission composée de MM. CLAUDE, COURBON et TRUELLE pour l'examen de cette candidature : le vote aura lieu à la séance du lundi 22 février 1937.

Commissions des Prix

La Société avait à décerner, cette année : le *Prix Aubanel* et le *Legs Christian*.

Prix Aubanel

Ce Prix, triennal, a été porté exceptionnellement pour cette année à 3.000 fr., par décision de la Société en date du 28 janvier 1935.

Deux mémoires ont été déposés sur le sujet suivant, fixé le 28 janvier 1935 : *Les psychoses jumeaux*.

Une Commission, composée de MM. R. DUPOUY, M. OLIVIER et G. PETIT, est désignée pour l'examen de ces mémoires. Selon l'usage, l'attribution du Prix aura lieu à la séance du quatrième lundi du mois de mai prochain, date à laquelle la Commission devra proposer à la Société un sujet pour le Prix Aubanel à décerner en 1940.

Legs Christian

Ce Prix, annuel, habituellement de 300 fr., a été porté exceptionnellement à 1.000 fr. pour l'année 1937 et pour l'année 1938. Aucune

candidature n'a été présentée. Le Bureau de la Société vous propose de fixer exceptionnellement à 1.000 fr. le montant du Legs Christian à attribuer en 1939.

La proposition mise aux voix est adoptée.

Je rappelle que l'an prochain la Société aura à distribuer : le *Prix Moreau de Tours* (200 fr.) et le *Legs Christian* (1.000 fr.).

Election de 3 membres titulaires

Après lecture d'un rapport de M. BEAUDOUIN, au nom d'une Commission composée de MM. BEAUDOUIN, DEMAY, FRIBOURG-BLANC, LÉVY-VALENSI et MARCHAND, sur les titres des candidats, il est procédé au vote.

Le D^r VIÉ, ayant retiré sa candidature, il ne reste plus que les trois candidatures de MM. BROUSSEAU, MARTIMOR et POMMÉ.

Nombre de votants	24
Majorité absolue	13

Ont obtenu :

M. le D ^r POMMÉ	24	voix.
M. le D ^r BROUSSEAU	23	—
M. le D ^r MARTIMOR	23	—

MM. les D^{rs} B. POMMÉ, A. BROUSSEAU et G. MARTIMOR sont élus *membres titulaires* de la Société Médico-psychologique.

Déclaration de vacances de 3 places de membres titulaires

Trois places de membres titulaires sont déclarées vacantes. Les candidatures, accompagnées d'un exposé de titres et de travaux scientifiques, devront être parvenues au *secrétaire général* avant le lundi 22 février 1937, date à laquelle sera nommée la Commission chargée de l'examen de ces candidatures. L'élection aura lieu à la séance du lundi 22 mars 1937.

Ordre du jour des séances du lundi 26 juillet 1937

Conformément aux décisions de l'Assemblée générale et de la Commission désignée ce jour-là par la Société, deux séances seront tenues le *lundi 26 juillet 1937*, au siège de la Société Médico-psychologique, 12, rue de Seine, à Paris (6^e).

La *séance du matin* commencera à 9 heures 15 et sera réservée à la discussion de la question suivante :

Les rapports de l'hystérie avec la schizophrénie. Rapporteur : M. le Professeur Henri CLAUDE.

La *séance de l'après-midi* commencera à 3 heures et sera consacrée :

1° à la discussion de la question suivante :

Les troubles endocriniens dans les états d'excitation. Rapporteur : M. le Dr J. TUSQUES.

2° à des *communications diverses.*

Le *dîner annuel* de la Société Médico-psychologique aura lieu le soir même à 8 heures. Les membres associés étrangers présents sont cordialement invités à ce dîner.

Livres et brochures déposés dans les Archives de la Société

Sur la proposition de M. René CHARPENTIER, *président*, le Conseil d'Administration et la Commission des Finances, en réunion commune avec les anciens présidents de la Société, ont décidé à l'unanimité de proposer à la Société de déposer à la Bibliothèque de l'Asile-Clinique (Sainte-Anne) les livres et brochures déposés dans les Archives de la Société. Ces imprimés sont actuellement peu accessibles dans une pièce située au siège social de la Société. Ils pourraient être mis ainsi à la disposition de tous, tout en restant au nom de la Société dans une partie séparée des autres livres appartenant à la Bibliothèque de l'Asile. Les livres reçus ultérieurement par la Société viendraient périodiquement s'ajouter à ce dépôt.

Il en est ainsi décidé à l'unanimité des membres présents, avec l'assentiment du bibliothécaire et des médecins de l'Asile-Clinique.

COMMUNICATIONS

Troubles psychiques et chorée de Huntington, par MM. J. TUSQUES et Ch. FEUILLET.

Nous présentons devant la Société une malade atteinte de chorée de Huntington. Ce cas nous a paru intéressant, car le syndrome choréique, apparu depuis environ six mois, a été précédé depuis plusieurs années par des troubles mentaux auxquels nous n'avons pas assisté, mais dont les certificats de plusieurs psychiatres nous permettent de penser qu'ils traduisaient une atteinte profonde de la personnalité du sujet. Aujourd'hui, par contre, les troubles mentaux accompagnant la chorée, constituent un syndrome de déficit intellectuel qui n'empêche pas de communiquer avec la malade et ne semble pas, comme précédemment, traduire un bouleversement de la personnalité.

Mme M., née L. Léontine, est née le 10 mai 1894. Pas d'antécédents pathologiques personnels connus. Certificat d'études à 13 ans. Le grand-père paternel avait « des tremblements comme la danse de St-Guy » depuis plusieurs années lorsqu'il mourut à un âge qu'il n'est pas possible de connaître. Le père (alcoolique, par ailleurs) présenta les mêmes phénomènes à partir de 45 ans (impossible d'obtenir d'autres renseignements). Un frère de 50 et une sœur de 46 ans bien portants. La malade n'a jamais eu d'enfant. Vers 1930, Mme M., née L., jusque-là normale, doit quitter son métier d'étagiste, car : « depuis quelque temps, sa mémoire diminuait, elle faisait un travail, tantôt bien, tantôt mal, elle devenait irritable par moments » (renseignements fournis par le mari). A partir de cette époque, elle reste à la maison, ne s'intéressant à rien. Une fugue, en août 1932, décide son mari à conduire la malade à l'hôpital Henri-Rousselle. Après quelques jours d'observation, elle est internée le 22 août 1932 avec les certificats suivants : « Etat dépressif avec anxiété. Obnubilation. Réponses rapides, mais inexactes, par manque d'effort. Plaintes, demande qu'on ne la fasse pas souffrir, qu'on la tue sans douleur. Vagues idées d'auto-accusation (est la cause de la mort de ses parents-vivants). Turbulence anxieuse. Gâtisme. Incurie depuis plusieurs mois. Débilité initiale. Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn négatifs, liquide céphalo-rachidien normal. » (Dr Courtois).

« Est atteinte de débilité mentale et présente un état dépressif avec confusion dans les idées et préoccupations au sujet de sa santé. Elle demande, à différentes reprises, si elle vivra longtemps, si elle ne sera pas morte jeudi prochain quand sa famille viendra la voir. Elle a peur qu'on lui fasse un traitement pour abrégier sa vie, car elle ne voudrait pas mourir à 38 ans. Elle craint qu'on lui fasse des piqûres mortelles, de ne pas revoir sa famille. Par instant, elle est turbulente. » (Dr Pactet).

Le certificat de l'admission de l'asile clinique mentionne :

« Etat mélancolique avec réponses rares ; se plaint de la tête, dit avoir une santé médiocre, ne plus travailler depuis six mois, pleurer. Mobilité continuelle. La moitié droite de la face paraît plus inerte et les réflexes rotuliens sont très exagérés. » (Dr Simon).

Elle est transférée à Vaucluse, et le Dr Courbon note le 26 août 1932 : « Syndrome de dépression intellectuelle et physique avec anxiété sur fonds de débilité mentale », et, après quinze jours d'observation : « Syndrome schizophrénique en évolution ». La malade est alors très excitée et incohérente. Malgré l'avis du médecin, le mari la fait sortir le 24 septembre 1932. [« Schizophrénie délirante. Malade nullement améliorée, reprise par son mari malgré l'avis du médecin. » (Dr Courbon)].

Chez elle, Mme M. se montre turbulente, incohérente, incapable de s'occuper de quoi que ce soit. Elle a des tendances aux fugues et refuse de manger. Son mari doit la replacer, moins d'un mois après sa sortie de Vaucluse (18 octobre 1932).

Le nouveau certificat d'internement note : « Gros affaiblissement intellectuel. Puérilités, tendances aux fugues. Négativisme intermittent. Troubles du caractère et de l'humeur. Affectivité très diminuée. *Examen neurologique négatif* (1). Bordet-Wassermann négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Difficultés d'adaptation à toute activité continue. » (D^r Largeau). Le certificat de l'admission de l'asile clinique porte : « Etat mélancolique avec réponses rares et confuses, anxiété, se lève sans cesse et reste debout près de son lit. Insomnie. Réflexes rotuliens exagérés. » (D^r Simon).

Transférée à l'asile de Vaucluse le 21 octobre 1932, elle s'y présente avec un aspect hébété, désorientée, répondant d'une manière inadaptée par oui ou non. Le certificat immédiat déclare : « Schizophrénie délirante » (D^r Génil-Perrin), et le certificat de quinzaine (3 novembre 1932) : « Schizophrénie délirante avec agitation » (D^r Courbon). Huit mois après son entrée, l'excitation s'étant calmée, la malade paraissant améliorée, quoique conservant toujours un relâchement de ses associations (2), Mme M. est à nouveau reprise par son mari. Le certificat de sortie est ainsi rédigé : « Schizophrénie à évolution lente. Suffisamment améliorée pour être rendue à son mari qui la réclame. » (D^r Courbon, 4 juin 1933).

Mais cette légère rémission est fugace. A peine rentrée chez elle, la malade redevient « complètement perdue », recommence à ébaucher des fugues. Trois mois après sa sortie, une fugue l'amène au commissariat puis à l'infirmerie spéciale. Elle est internée pour la troisième fois, avec le certificat suivant de de Clérambault : « Est atteinte de démence précoce à marche lente. Incohésion des pensées. Réponses inadaptées, réflexions spontanées sans motif. Phrases dénuées de sens. Incapacité de renseigner. Inattention et incurie. Rires et sourires anidériques. Discordances, fuites anxieuses avec rires. Au poste de police, voulait emmener le secrétaire. Début patent de la démence il y a quatre ans, accès délirant de forme indéterminée antérieurement. Jadis éthylisme professionnel (3). Compréhension incomplète du cas chez le mari, protestations passagères » (7 sept. 1933).

A l'admission de Ste-Anne, elle se présente avec « ...un léger affaiblissement intellectuel avec incapacité d'un travail insuffisant pour subvenir à ses besoins et demande elle-même à retourner à l'asile de Vaucluse où elle a déjà été deux fois internée ; *déviations de la bouche et réflexes rotuliens vifs* (4) » (D^r Simon, 8 sept. 1933). Transférée une troisième fois à Vaucluse, elle y arrive souriante, ambivalente, docile ; elle reconnaît plusieurs personnes, sans se rappeler leur nom, demande à travailler, mais reste au lit volontiers. Le D^r Courbon note : « Syndrome de discordance et d'invalidité mentale symptomatique de

(1) Souligné par nous.

(2) D'après les notes du D^r Courbon.

(3) Notre enquête ne nous a pas permis de confirmer cette notion.

(4) Souligné par nous.

rechute de schizophrénie » (14 novembre 1933). Depuis lors, elle vit dans son lit, paraissant indifférente, docile, ne réclamant rien. Sa famille et les infirmières ont remarqué que petit à petit on communiquait mieux avec elle, qu'elle « n'était plus perdue ». Elles ont remarqué également que depuis le mois de juin 1936 elle commençait à « trembler ». Nous vîmes cette malade pour la première fois le 9 juillet 1936, elle présentait les mêmes signes que maintenant, quoique plus discrets.

ETAT ACTUEL. — *Examen neurologique* : Mouvements choréiques généralisés, s'accroissant sous l'influence des émotions et des efforts intellectuels, diminuant au repos, disparaissant pendant le sommeil. Démarche ébrieuse caractéristique. L'articulation verbale est défectueuse, la parole hésitante, entrecoupée, explosive. Les réflexes rotuliens, achilléens sont polycinétiques ; les réflexes radiaux, cubitiaux, tricipitaux sont vifs. Pas de clonus du pied ni de la rotule. Les réflexes cutanés abdominaux sont normaux ; les réflexes cutanés plantaires se font en flexion. Les réflexes pupillaires sont normaux, à la lumière et à la distance. Il existe une hypotonie musculaire nette quoique peu intense. Le liquide céphalo-rachidien est normal (alb. : 0,30 ; Pandy : 0 ; Weichbrodt : 0 ; Leuco. : 0,6 ; Benjoin : pas de précipitation anormale ; Meinicke : négatif ; Bordet-Wassermann : négatif ; glucose : 0 gr. 36).

Il s'agit donc d'un syndrome choréique chronique pour lequel on peut porter le diagnostic de chorée d'Huntington, étant donné l'âge d'apparition (quarantaine) et la notion d'hérédité (père et grand-père paternel choréiques).

Examen psychiatrique : L'examen est rendu assez difficile par la gêne qu'éprouve la malade à s'exprimer, du fait de sa chorée. La malade est très bien orientée dans le temps et dans l'espace. Elle est souriante, affable, docile. Elle redoute beaucoup de se tromper en répondant à nos questions : « Je crois qu'on peut se tromper, que je peux me tromper... » « Je demanderai à mon mari pour ne pas me tromper ». Nous n'avons mis en évidence chez elle qu'un déficit intellectuel conscient. Ce déficit nous paraît être à prédominance de troubles de la mémoire et de l'attention, comme nous l'ont montré les tests classiques auxquels nous avons soumis cette femme.

A noter des itérations verbales fréquentes. Ainsi : D. : Depuis combien de temps êtes-vous ici ? — R. : Depuis trois ans, je suis venue volontairement... Je suis venue volontairement. — D. : Que désirez-vous ? — R. : Je désire retourner chez moi... Quand le moment sera venu... Je suis une malade volontaire... — D. : Vous voulez nous quitter ? — R. : Je suis une malade volontaire... Je suis une malade volontaire...

De même au cours des tests :

D. : Imaginer et décrire en donnant le plus de détails possible la rencontre de deux rames de métro. — R. : (la malade n'a manifestement retenu que les mots : rencontre de deux rames de métro). Je

connais le métro. Il y a des accidents. Moi je prenais le métro à Paris. Si on lit les journaux, on voit des accidents. Les accidents ne sont pas volontaires... Les accidents ne sont pas volontaires... Les accidents ne sont pas volontaires. — D. : Quelle différence y a-t-il entre une chaise, un tabouret et un fauteuil ? — R. : Ce sont des objets qui ne sont pas pareils. Ils ne sont pas pareils. Ils ne sont pas pareils. Ce n'est pas pareil. Une chaise et un fauteuil, ce n'est pas pareil.

Ces citations mettent aussi en évidence la difficulté de l'effort intellectuel et l'impossibilité d'aboutir.

A signaler également l'inconscience de son état et l'indifférence à ses troubles, qui sont tout à fait frappants chez notre malade.

Tous ces troubles psychiques correspondent à la description classique du déficit intellectuel dans la chorée de Huntington.

En résumé, nous pouvons considérer, dans l'évolution de ce cas, deux stades :

1° Depuis 1929 jusqu'en juin 1936 : troubles psychiques à type de désagrégation, qui firent rapidement porter le diagnostic de *schizophrénie* ou de *démence précoce*.

2° Depuis juin 1936 : apparition d'une chorée de Huntington typique. Modification des manifestations psychopathiques. Les troubles psychiques actuels ne correspondent nullement au tableau de la schizophrénie ou de la démence précoce. Ils consistent en un déficit intellectuel partiel, laissant une certaine activité intellectuelle à la malade avec laquelle on peut communiquer, ce qui n'était pas le cas auparavant.

Nous pensons avoir le droit d'admettre une certaine liaison dans les deux ordres de manifestation pathologiques que nous venons de rapporter, et d'éliminer l'hypothèse de deux « *maladies* » évoluant chacune pour leur propre compte : une schizophrénie ou démence précoce (qui serait actuellement en rémission) d'une part, et une chorée de Huntington d'autre part. C'est par hypothèse, certes, mais par une hypothèse tout à fait vraisemblable que nous envisageons, chez notre malade, l'existence d'un *processus* pathologique unique s'étant manifestée tout d'abord par des troubles psychiques d'allure schizophrénique, et se manifestant maintenant par l'ensemble neuro-psychique correspondant au tableau de chorée d'Huntington.

Cette observation nous a paru intéressante à maints égards, notamment : 1° Parce qu'elle montre un exemple, assez rare, de chorée d'Huntington débutant par des troubles psychiques.

2° Parce qu'elle nous paraît illustrer la notion de diversités étiologique et nosologique des états psychopathiques classique-

ment considérés comme répondant à *une maladie* : la schizophrénie ou la démence précoce, puisqu'ici, le processus se manifestant actuellement par la manifestation clinique : chorée d'Huntington, a commencé à se manifester par la manifestation clinique : schizophrénie ou démence précoce.

M. R. ANGLADE. — Je signale qu'en ces dernières années, les troubles mentaux de la chorée de Huntington sont rapprochés de la schizophrénie par certains auteurs comme Eyraud, de Liège, et de l'encéphalite avec bradypsychie par d'autres auteurs polonais.

M. GUIRAUD. — D'une façon générale, je crois que l'on associe trop facilement l'épithète schizophrénique ou précoce à la démence qui accompagne les troubles moteurs de la chorée chronique. La lecture des certificats médicaux rédigés sur cette maladie ne me convainc pas de la légitimité du diagnostic schizophrénique. Dans la chorée chronique, comme dans la sclérose en plaque, la syringomyélie, ou d'autres syndromes neurologiques, s'accompagnant éventuellement de signes démentiels, mieux vaut les étiqueter démence sans accoler une épithète que des caractères bien nets ne justifient pas.

M. TUSQUES. — Notre communication tend simplement à mettre en évidence le fait qu'un même processus a conditionné les troubles physiques et les troubles mentaux.

Syndrome d'action extérieure érotomaniacque, par MM. Jean TUSQUES et Gaston FERDIÈRE.

En septembre 1936, une Allemande est amenée dans un commissariat parisien pour n'avoir pu payer son taxi ; elle est d'abord excitée et cherche à embrasser le brigadier en lui murmurant des paroles amoureuses ; puis elle pleure, gémit, demande la mort ; les quelques explications que l'on peut obtenir sont d'apparence incohérente ; on comprend enfin qu'elle s'appelle Gabrielle W... et n'a pas de domicile à Paris ; elle est arrivée de Dresde la nuit précédente ; elle demande aussi de s'adresser à un médecin, le D^r N., « qui l'a fait venir » et « qui paiera » ; on téléphone à celui-ci ; il connaît bien cette femme ; c'est une de ses anciennes clientes qui le poursuit de ses assiduités depuis plusieurs années.

C'est ainsi que se révèle le délire érotomaniacque que nous allons exposer tout d'abord à l'aide des notes prises au cours de

l'examen de la malade que nous avons longuement pratiqué à l'asile de Perray-Vaucluse.

Au mois d'août 1933 Gabrielle avait « un bouton » (furoncle probable) à la lèvre supérieure du côté gauche ; elle est allée voir un jeune médecin récemment installé dans le quartier, le D^r N. ; elle l'a consulté cinq ou six fois, toujours à son cabinet. « A la première rencontre, dit-elle, c'est quelqu'un qui m'a fait grande impression ; ce qu'il faisait me paraissait agréable ; je l'aimais à ce moment et ça m'ennuyait d'avoir un sentiment sur lui, je me débattais : je voulais rester fidèle à un ancien ami. » Rien cependant à ce moment dans la conduite du D^r N. ou dans son attitude ne laissait supposer que ce sentiment était partagé : « Il m'a soignée gentiment, correctement, prenant tous les soins pour ne pas me choquer en m'aidant à me déshabiller ou me touchant ; il y a eu cependant un geste dont je me suis rendue compte après : un moment il m'a serrée ; il a dû m'embrasser dans le dos car j'ai senti une secousse. » Peut-être nos questions trop précises ont-elles en partie créé cette interprétation rétrospective.

Elle croit remarquer aussi qu'il change de visage et d'expression avec une étonnante facilité. « Mais ce n'est que par la suite, après ma guérison que je me suis aperçue qu'il s'était emparé de mon esprit et de mon corps... Oui, il a touché à mon corps ; je l'ai ressenti corporellement, comme on sent les choses en amour...

« J'avais toujours l'idée d'aller le voir ; il me la donnait d'une manière impérieuse ; c'était comme un ordre..., je devais me lever la nuit pour y aller... Tout au début il m'a reçue gentiment, puis ça a été tout de suite des choses cruelles : il disait à l'hôtel de ne pas me laisser venir ; il recommandait à la concierge de ne pas me laisser monter ; il me faisait repousser par la femme de ménage ; quand je le voyais, il m'injurait, me menaçait de l'asile, me foutait à la porte... Il n'osait pas me dire qu'il était amoureux de moi... Il avait deux enfants mais n'était pas marié... C'est une histoire à laquelle j'arrive à ne plus rien comprendre... J'ai senti qu'il savait mes pensées et tout ce que je faisais : c'est terrible ! Je n'aurais pas cru que cela soit possible ; il y a des choses inexplicables, au-dessus de l'intelligence ; il doit avoir des pouvoirs surhumains, une force mentale... Oui, vous avez raison, sa conduite est inexplicable ; peut-être je venais trop tard, pas au moment précis où il le disait... J'avais l'impression qu'il me facilitait les choses et m'aidait ; j'ai senti qu'il voulait me modifier, me changer le caractère, me faire perdre certains défauts : il devait m'en trouver de gros, car je suis grossière, peu spirituelle, trop tournée vers le matériel, menteuse, capricieuse... J'avais toujours l'idée que tout le monde savait, même ce que je ne savais pas et connaissait le roman, me méprisait ou se moquait de moi. »

L'enquête policière nous apprend en effet que Gabrielle était alors considérée comme une détraquée dans son quartier et dans l'hôtel

où elle habitait ; elle se plaignait continuellement d'être suivie, regardée comme une étrangère par ses voisins ; elle prétendait que l'on versait la nuit de mauvaises odeurs dans sa chambre et que l'on faisait du bruit dans les tuyaux ; elle restait parfois des heures entières à pleurer, la nuit surtout.

« En septembre 1935, j'ai senti que ça devenait trop fort et suis partie en Allemagne... Mais ça a continué ; c'est impressionnant et incroyable à cette distance ! A Dresde je vivais à peu près seule, me confiant peu à ma famille... Brusquement, en septembre dernier, j'ai senti que le médecin m'appelait et je suis partie précipitamment pour Paris... Dans mon voyage il y a eu des choses obscures... Je me suis trompée de train ; au wagon-restaurant j'avais l'idée qu'on me faisait comprendre de prendre du poison. »

Arrivée à la gare de l'Est, au milieu de la nuit, Gabrielle s'est étonnée de ne pas trouver son amoureux sur le quai ; elle l'a attendu deux ou trois heures puis a pris un taxi et s'est fait conduire au domicile du médecin ; elle a demandé au taxi de l'attendre, a pu passer facilement devant la loge ; elle a sonné en vain à la porte du cabinet et a dû retourner prendre son taxi ; elle s'est fait reconduire à la gare de l'Est et n'a pu payer — tous ses marks avaient été gardés à la frontière — ; le chauffeur a accepté sa valise en gage. Elle a alors fait les cent pas pendant des heures (« puisqu'il savait que j'étais là ») ; vers midi, lasse d'attendre, elle a pris un nouveau taxi, lui donnant encore l'adresse du médecin ; elle l'a arrêté au bout de quelques minutes, à bout de force : « je n'en pouvais plus ; c'est une faiblesse que je ne me pardonnerai jamais ». Nous connaissons la fin de l'histoire.

Biographie : née à Dresde en 1886 ; mère morte des suites de l'accouchement ; père remarié aussitôt — mort de vieillesse (?) en 1917 — ; la tuberculose serait fréquente dans la famille paternelle ; un frère et une sœur morts en bas âge ; trois frères actuellement bien portants (l'aîné a été très malade : tuberculose pulmonaire).

Gabrielle paraît avoir eu une enfance pénible, comme nous le trouvons si fréquemment chez les érotomaniaques : « Je n'ai jamais vécu chez moi ; j'ai été élevée par un oncle paternel ; ma belle-mère n'était pas gentille, elle était jalouse de ma mère morte ; mon père faisait bien le nécessaire pour nous, mais il nous a à vrai dire abandonnés pour se consacrer à sa nouvelle famille... »

Pas de maladies infantiles graves, mais santé fragile : « nerveuse », toussant fréquemment.

En classe jusqu'à 15 ans : « Je n'étais pas bonne élève, je n'aimais pas l'école et n'apprenais pas grand'chose ; j'étais surtout mauvaise en mathématiques ; je m'intéressais plus à l'histoire, à la littérature, aux langues et surtout à la musique... Je n'avais pas de petites camarades et recherchais la solitude. »

Après l'école, se met sérieusement au piano et va prendre des leçons auprès d'un grand professeur de Berlin : « Ça ne marchait pas ; mes

études n'aboutissaient pas ; je donnais des leçons mais ne pouvais pas donner de récital. »

Part en Angleterre prendre une licence de musique ; revient en Allemagne au bout d'un an ; « là j'étais seule, personne ne s'occupait de moi » ; court séjour auprès de sa grand'mère, puis auprès d'un oncle ; habite trois ans avec un de ses frères qui, nous dit-elle aussitôt, est pédéraste ; « mais ça n'allait pas ensemble, on se ressemblait trop » (?).

Son oncle nous écrit pour nous dire qu'à ce moment on la trouvait bizarre ; on lui conseillait de se soigner et de voir un aliéniste ; c'est un médecin qui nous parle même de schizophrénie.

« En juin 1932 je me suis décidée à venir en France sur les conseils d'une amie ; j'ai voulu faire un essai dans un autre pays ; je suis partie sans le dire à ma famille » ; Gabrielle vit modestement dans un hôtel du quartier latin, gagnant difficilement sa vie par de petits travaux de tricot.

Réglée depuis l'âge de 15 ans, toujours régulièrement ; ménopause actuelle : « ça a commencé à être irrégulier à peu près quand j'ai connu le docteur » ; satisfaction sexuelle incomplète ; masturbation habituelle ; grand choc moral à 9 ans : « un petit garçon s'est approché de moi... » ; diverses aventures amoureuses ; Gabrielle ne peut nous parler de la dernière qu'avec des larmes dans les yeux : « c'était un musicien que j'aimais beaucoup, j'ai beaucoup souffert » ; les jouissances sexuelles d'ordre hallucinatoire sont « les plus précises et les meilleures ».

A l'entrée dans le service : maigreur, pâleur, troubles vaso-moteurs intenses, tremblement digital, syndrome d'épuisement et d'hypo-alimentation. Réaction dépressive intense : la malade passe ses journées à pleurer et ne peut fournir aucun renseignement ; parfois attitude mélodramatique et attente de la mort.

Ce n'est qu'au bout de quelques mois qu'elle nous raconte son histoire et nous donne les détails que nous venons de consigner ; elle est alors douce, attentive à nos questions ; sa mise est correcte et nous la voyons sourire lorsque nous lui promettons de la rapatrier.

A l'heure actuelle elle se refuse à revenir sur ce qui est passé : « ça doit être fini », dit-elle avec un geste d'aplanissement ; sa réticence est absolument invincible ; cependant, au cours d'une présentation à la leçon de M. Lévy-Valensi, elle ne nie aucun des faits que nous évoquons devant elle.

Ce syndrome érotomaniaque si complet où il est possible de mettre en évidence la série des thèmes dérivés — pour reprendre la terminologie de Clérambault — : attitude paradoxale de l'objet, vigilance continuelle et liberté de celui-ci, etc., ne nous paraît nullement symptomatique d'un délire paranoïde, mais bien d'un délire paranoïaque, remarquablement systématisé et facilement perméable.

Si, dans la plupart des cas, le syndrome d'action extérieure fait suite chronologiquement au syndrome érotomane (Claude, Ceillier), les cas analogues à celui-ci où les deux syndromes évoluent parallèlement et où le sujet apprend l'amour de l'objet par voie hallucinatoire ne nous paraissent pas l'exception ; l'observation de notre malade nous paraît éclairer le fait que, dans un diagnostic psychiatrique, ce qui importe, c'est beaucoup moins le degré de sensorialisation et d'intellectualisation des images que la structure délirante sous-jacente.

Enfin il nous a paru intéressant de voir le syndrome érotomane se révéler par une réaction médico-légale bien inhabituelle chez de telles malades : une filouterie de taxi.

Effets du traitement insulinaire selon la méthode de Sakel dans les états d'inhibition, par MM. E. BAUER, G. MARQUET et P. LARRIVE.

Les essais d'insulinothérapie des schizophrénies, poursuivis par l'un de nous depuis bientôt un an, attirèrent, dès le début, son attention sur les phénomènes de libération, observés dans des cas de stupeur catatonique. Ainsi, une malade, démente précoce avec évolution déjà très avancée, mutiste, grimaçante, grande gâteuse, déchireuse, se transforma au cours d'un traitement insulinaire commencé au début d'avril 1936. A partir du 4^e jour, elle parlait sur un ton dépressif, sa physionomie, redevenue mobile, prenait en même temps une expression de tristesse. Elle proférait des phrases stéréotypées à contenu de disculpation : « Non, je ne l'ai pas dit. Non, je ne l'ai pas dit... » ; elle demanda à descendre dans la cour où elle serait bien plus à l'aise, elle cessa de gâter, se leva pour aider à des travaux de ménage. Mais le traitement ayant été suspendu au bout de 10 jours, elle retomba rapidement dans son état démentiel profond antérieur. Une autre malade, citée dans une communication récente de l'un de nous, complètement mutiste également, extériorisa, pendant les jours qui suivirent ses premiers chocs, un délire de transformation de la personnalité. Mais il s'agissait aussi d'un état démentiel déjà avancé et le résultat thérapeutique fut nul.

Nous avons l'honneur de rapporter aujourd'hui trois nouvelles observations de syndromes de mutisme traités par l'insuline ; mais nous ne sommes pas restés cantonnés dans le cadre de la schizophrénie.

1^{re} OBSERVATION. — Mlle Cheyr. Maria, née le 7-11-1909, tricoteuse de gilets, hospitalisée à l'Asile de Naugeat le 12 juin 1936.

Antécédents héréditaires : enfant unique, père et mère divorcés pour incompatibilité d'humeur, avec torts réciproques depuis 20 ans. Le père ne commettait pas d'excès éthyliques. Famille paternelle : la mère de la malade ne la connaît pas. Mère bien portante. Grands-parents maternels morts vieux. Pas de troubles mentaux ni nerveux chez les parents de la mère.

Antécédents personnels : enfance normale, apprenait bien à l'école, certificat d'études à 14 ans. Réglée normalement. Tempérament plutôt gai, aimait s'amuser en compagnie de ses camarades.

Début de la maladie actuelle : au début de 1936, disputes avec des voisins qui accusaient la mère et la fille de leur avoir volé une poule. Cela avait beaucoup émotionné la malade. Son caractère changea, elle ne voulait plus se promener en compagnie de ses amies, préférait rester à la maison. Le changement était si manifeste que le patron de la malade vint en parler à la mère.

Pendant la nuit précédant le jour de Pâques, elle s'agita subitement, avait peur que les voisins viennent l'enlever, ne restait pas au lit. A partir de ce jour elle refusait d'aller travailler, s'isolait dans sa chambre, parlait peu, restait sans manger pendant des périodes de plusieurs jours. Pas de manifestations de tristesse proprement dites. Sa mère se décida finalement à la faire soigner et provoqua son internement.

Comportement à l'asile : à son arrivée, la malade est mutiste, négativiste, la physionomie est sans expression affective, elle a des réactions impulsives, agressives contre l'entourage, fait beaucoup de difficultés pour s'alimenter, mais ne gâte pas. Bordet-Wassermann négatif dans le sang.

Lors de la première visite de sa mère, elle tente de battre celle-ci, ne prononce pas une parole. Elle sourit quand on lui reproche d'avoir été méchante envers sa mère, puis tout à coup sa physionomie prend une expression de tristesse, mais la malade hâtivement cache sa figure derrière ses mains quand on lui parle d'ennuis qu'elle a pu avoir. Parfois elle se lève, se tient debout contre la fenêtre, va spontanément à la garde-robe, mais ne fait pas sa toilette seule.

Un traitement insulinique à petites doses échoue. Aucune modification jusqu'en octobre. La malade est complètement mutiste et inerte. Elle a la sonde par périodes et l'accepte impassiblement. Elle a beaucoup maigri, le teint est anémique, gâtisme urinaire. Le pouls est lent (55), légèrement instable. On signale des états syncopaux sporadiques. Aménorrhée.

A partir du 26 octobre, la malade a la sonde sans interruption. Le 8-12, nous commençons un traitement insulinique. Le mutisme est toujours absolu. Toutefois, ce matin, nous obtenons l'ébauche d'un signe d'affirmation, en lui demandant si Mlle Chey. c'est bien elle. Aucune

manifestation affective ni émotionnelle pendant que nous lui parlons. Contracture catatonique modérée, pas d'opposition à l'examen.

Le 9/12, 30 unités ; le 10/12, 40 unités ; le 11/12, 50 unités ; le 12/12, 60. Hypothermie : 35^s, et sueurs à partir de 50 unités. La malade a toujours la sonde matin et soir ; quand on veut lui faire boire une solution sucrée, elle serre les dents.

Le 13/12, jour de repos, elle reçoit affectueusement sa mère venue la voir, mange une demi-livre de gâteaux, demande des nouvelles d'une cousine, demande quand elle retournera chez elle ; or depuis plusieurs mois elle n'avait pas dit une parole à sa mère, qui vient régulièrement tous les 15 jours. Elle ébauche un sourire quand nous lui parlons en présence de sa visite. Le soir elle mange seule.

Le 14/12 : 70 unités, pas de choc. Boit sa solution sucrée en faisant quelques difficultés, le soir elle a la sonde.

15/12 : 80 unités à 6 h. 30. Choc à 9 h. 15 avec agitation hystériforme. Commence par pincer les lèvres, puis se raidit, se jette par terre, se cramponne à l'infirmière. 9 h. 40 : demande à manger, gémit, dit qu'elle a faim. A 10 h., on essaie de lui donner à boire. Elle ne réussit pas à avaler, a la sonde ; après, elle se calme rapidement, puis pleure, raconte qu'elle serait contente de partir chez elle, mais « qu'elle est trop sale ». Quand on lui tend des gâteaux, elle refuse en disant « merci », mais à la remarque que sans doute ils ne sont pas aussi bons que ceux que sa mère avait apportés, elle répond promptement « oh ! si » et sourit.

16/12 : 80 unités, agitation à 10 h. Rit, se tord, se jette sur le côté droit, puis sur le côté gauche. Cris, contracture des lèvres en museau. Se débat contre les infirmières en leur criant de la laisser tranquille. L'agitation augmente de plus en plus, nous arrêtons le choc à 10 h. 30. 10 minutes après, la malade est calme, demande du pain en ajoutant « qu'il y a plus de 6 mois qu'elle n'en a pas mangé ». Le soir elle mange seule.

17/12 : 80 unités, choc avec agitation à 9 h., choc arrêté par la sonde à 9 h. 40. Mange seule le soir.

18/12 : 70 unités, choc avec coma calme à 9 h. Sonde à 10 h. L'après-midi elle coud une camisole ; est restée levée, s'est promenée dans le dortoir, a bien mangé, a parlé aux infirmières.

19/27 décembre : interruption du traitement parce que nous sommes absents. L'état empire de nouveau, la malade est moins accessible, ne s'occupe pas, a uriné plusieurs fois au lit.

Les chocs sont repris à partir du 28 décembre.

28/12 : 50 unités, pas de choc.

29-30/12 : 60 unités, chocs avec myoclonies, surtout de la face.

31/12, 1/1, 2/1 : chocs avec convulsions de la face et des membres.

Le 3/1 : jour de repos. La malade reste levée une partie de l'après-midi.

4/1 : 60 unités, choc.

5/1 : 50 unités avec agitation hystériforme, se jette par terre, pousse des cris stridents. L'après-midi, se lève, travaille.

On continue les chocs avec 50, puis 40, puis 30 unités.

La malade se lève tous les après-midi, travaille ; à partir du 8 janvier elle va à l'atelier en dehors du quartier.

Le 10/1, elle reçoit bien sa mère, a été souriante, mais ne lui a pas parlé beaucoup.

On arrive à 20 unités, puis à 10, qu'on continue à lui donner encore actuellement.

Etat actuel : La malade est souriante, reste levée depuis le matin, travaille à l'atelier où elle s'occupe avec assiduité, mais elle est anémiée, a des phénomènes d'épuisement ; il lui est arrivé, au début de sa convalescence, d'uriner au lit, en a eu honte après, deux fois gâtisme complet. Son état continue à s'améliorer. Sa parole devient de plus en plus libre.

Son poids, qui était à 37 kg. 400 le 14 décembre, avait dépassé 41 kg. le 17 janvier.

En résumé, un syndrome de stupeur catatonique cède au traitement insulinique.

2^e OBSERVATION. — Pa., Veuve Cha. Valérie, née le 18 août 1899, admise à l'asile de Naugeat le 28 mars 1935.

Antécédents familiaux : s. p. Antécédents personnels : veuve depuis deux ans. S'est surmenée en soignant son mari, mort d'un cancer, alité pendant longtemps. Très grandes difficultés matérielles après la mort du mari. De plus en plus déprimée ; finalement, deux tentatives de suicide (submersion, empoisonnement barbiturique), velléités de suicide collectif (avec ses enfants).

Accessible au moment de son arrivée, donne les renseignements qu'on lui demande sur elle et sa famille ; triste. Elle a des idées noires, des alternatives de courage et de désespoir ; elle a peur que ses enfants soient morts, qu'ils aient été victimes d'un accident. S'alimente très mal, il lui semble qu'en mangeant elle fera du mal à ses enfants ou à des membres de sa famille, constipation, état suburral. Bordet-Wassermann, Hecht, Vernes négatifs dans le sang.

Nous n'avons vu cette malade qu'à partir du mois d'avril 1936, quand nous avons pris le service dans lequel elle était hospitalisée. A cette époque, elle garde un mutisme complet ; à l'examen, elle cache sa figure derrière ses mains et se contracte quand on lui adresse la parole. Parfois, elle pleure à sanglots. Elle refuse la nourriture de l'asile et à la sonde. Mais, à son oncle et à sa tante, qui viennent la voir tous les 15 jours, elle adresse quelques paroles et accepte les friandises qu'ils lui apportent. Elle ne gâte pas, mais ne fait pas seule sa toilette.

Un traitement insulinique à petites doses, 10 unités avant les repas, ne donne aucun résultat appréciable.

Le syndrome de stupeur s'aggrave. La malade est contractée, en

attitude de chien de fusil, a les yeux obstinément fermés, son mutisme est complet, même aux visites de sa famille. Quand on insiste, elle se contracte davantage, cache sa figure. Elle est alimentée à la cuillère ; toutefois, elle ne gâte pas, se lève spontanément pour aller à la garde-robe. En outre, aménorrhée.

Elle est dans cet état depuis plusieurs mois quand nous instituons le traitement insulinique, selon la méthode de Sakel, le 20 novembre 1936. A cette date, elle pèse 36 kgr. Son teint est d'une pâleur cadavérique, les muqueuses décolorées.

Le 20 novembre, on injecte 20 unités, aucune réaction ; le 21, 30 unités, la malade paraît un peu somnolente ; le 22, 40 unités. Les injections sont faites entre 6 h. et 6 h. 30 du matin ; pas d'injection le 23. Le 24 novembre, on lui donne 50 unités. A 9 h. 15, le mutisme est absolu. On n'obtient aucune réaction aux sollicitations. En même temps : pouls à 45, température au-dessous de la limite du thermomètre, extrémités froides. On l'alimente, la température remonte lentement : 35°8 à midi, 36°4 à 13 h. A 14 h., elle est toujours mutiste, mais elle pleure ; amenée au cabinet du médecin, elle cache sa figure derrière les mains, ne parle pas.

Le 25/11 : 30 unités. Mêmes phénomènes hypoglycémiques sans choc grave. Après l'alimentation, la malade garde les yeux ouverts, n'est pas contractée.

Le 26 : 40 unités. Pendant l'état hypoglycémique, les yeux sont ouverts, la contracture a disparu. A 10 h., elle suit du regard ce qui se passe autour d'elle ; à la demande si elle serait contente de retourner chez ses parents, elle fait signe que oui.

Le 27 : 40 unités. Alimentée à 9 h. 20. A 9 h. 40, expression de la physionomie triste, yeux ouverts. A la demande si elle désire manger des gâteaux, elle fait signe que oui, ébauche un mouvement des lèvres pour parler. Le soir, elle mange seule.

Pas de changement jusqu'au 3 décembre, avec tous les jours 40 unités, notre prudence dans ce cas se justifiant par l'état de faiblesse de la malade.

Le 4 décembre, toujours avec 40 unités, la malade a, deux heures après l'injection, des sueurs froides abondantes, et, quelques minutes après, commence une crise de faim. La malade pousse des cris, gémit, se tord ; nous lui donnons sa solution sucrée à 10 heures. Elle la boit seule. A 10 h. 5, elle rit, parle avec une grande spontanéité, appelle l'infirmière par son nom. Elle ne s'explique pas comment elle est redevenue lucide, ne se souvient de rien, elle est « restée toute hébétée pendant un an ». Il lui semble qu'elle n'a pas beaucoup causé depuis son arrivée. Il y a au moins un an qu'elle ne s'était pas vue comme cela, « elle dormait sans dormir ». « Elle serait contente d'aller à côté de tous ceux qu'elle aime. » A la question si elle désire guérir, elle répond : « Je ne sais pas, oui, si c'est pour retourner auprès des miens. » Puis, elle donne les renseignements que nous

lui demandons. Avant de venir en Haute-Vienne, elle habitait B..., dans la banlieue de Paris ; devenue veuve, elle alla habiter à N... avec sa mère et ses deux enfants ; elle faisait un peu de couture, mais gagnait sa vie avec difficulté. Donne des renseignements sur les parents qui viennent lui rendre visite régulièrement, se montre très orientée, consciente de ses troubles, mais incapable de préciser les dates, la durée de son séjour.

Le 5/12 : 40 unités ; sueurs à 9 h. 15, alimentée à 9 h. 45. Nous lui disons qu'elle devra se lever pendant demi-heure cette après-midi, elle répond en riant : « Je ne demande pas mieux, depuis le temps que je suis couchée. »

Le 6/12 : elle reçoit bien son oncle et sa tante, leur parle.

Le 8/12 : elle s'occupe un peu à coudre pendant l'après-midi. Est souriante.

Nous diminuons la dose d'insuline, la malade redevient plus muette, mais elle continue à bien s'alimenter.

Le 16/12 : 40 unités. Agitation vers 9 h. 30. Se plaint d'avoir mal aux jambes. Aréflexie ostéo-tendineuse. Sueurs abondantes. A 10 h. 10 elle boit. A 11 h., physionomie bien mobile, mais réponses monosyllabiques. A la question si elle voudrait écrire à ses enfants, elle répond : « Il y a si longtemps que je n'ai pas écrit. »

L'après-midi, nous la sollicitons nous-même d'écrire, et nous réussissons à obtenir la lettre suivante : « Chère Maman et Chéris, vous n'avez pas tenu la promesse. Je serais si contente d'être avec vous. Quand est-ce que je serai, que je serai chez vous ? Je vous embrasse tendrement. — P. C. »

Le traitement est interrompu du 19 au 27 parce que nous nous absentons et à cause des jours de Noël. La malade a reçu pendant ce temps la visite de sa mère et de sa tante, leur a parlé. A notre retour, le 24, elle nous a précisé la date de cette visite et manifeste le désir de retourner dans sa famille. Sa mère lui a dit, ajoute-t-elle, qu'on attendait l'avis du médecin.

Mais, les jours suivants, elle est plus triste, plus contractée.

Nous reprenons le traitement le 28. Nous montons à 50 unités, et nous obtenons quelques états comateux. La malade travaille l'après-midi. Son état physique reprend de plus en plus.

A partir du 9 janvier, nous diminuons progressivement. Nous continuons encore maintenant avec 10 unités tous les matins.

Depuis huit jours, elle va à l'atelier de couture, accompagne les infirmières dans des courses. Elle est toujours plutôt monosyllabique, parfois triste, mais répond avec précision.

Le 17 janvier, elle avait atteint 45 kgr., après avoir commencé son traitement avec 36 kgr.

En résumé : une stupeur mélancolique a cédé à l'insulinothérapie à partir du premier état hypoglycémique sérieux. Le traitement étant continué, l'amélioration fait des progrès appréciables.

3^e OBSERVATION. — Rob..., femme Gou... Adèle, née le 30 avril 1889, internée pour dépression mélancolique avec idées et tentatives de suicide, le 20 février 1933.

Antécédents héréditaires : père alcoolique, mort par suicide. Deux sœurs névropathes, irritables, ont des « crises de nerfs », l'une d'elles casse tout quand elle est en colère, pas d'autres malades mentaux dans la famille.

Antécédents personnels : épisode mélancolique en 1919, durée 3 semaines, accompagné d'idées de persécution (on se moquait d'elle) et d'idées de suicide. Pas d'internement. D'autre part, caractère fermé, n'aimait pas aller en société, préférait s'occuper de son intérieur qu'elle tenait coquettement. Supporte mal un changement de résidence pour T., en 1930. Déprimée, puis apparition de troubles délirants en été 1932. On pénétrait dans sa chambre pour détériorer, déplacer des objets ; on la guettait dans la rue ; accusait son voisin d'être l'instigateur. Quatre tentatives de suicide, dont deux par le gaz d'éclairage.

Etat de la malade au début de son séjour à l'asile : gémissieuse, elle est très malheureuse, elle ne pourra pas se remonter, elle n'était plus maîtresse d'elle-même, voulait se faire du mal. On a voulu lui nuire, elle s'est fatiguée en prenant des dépuratifs.

Le 6 août, elle va mieux. « Ils » avaient fait un complot contre elle et son mari pour les faire partir de Tulle. Une personne qui voulait s'emparer de leur commerce écrivait des lettres anonymes.

A partir de cette époque, il n'y a plus de notes dans l'observation. En avril 1936, nous trouvons la malade alitée, mutiste, ne réagissant à aucune sollicitation, détournant systématiquement la figure, s'accrochant aux barres du lit quand on veut la faire lever. Pas d'expression mélancolique de la physionomie.

Cependant cette malade fait spontanément sa toilette, n'a jamais été gâteuse, s'alimente seule.

A la fin de décembre, son état ne s'est pas modifié. Le traitement insulinique est commencé le 30 décembre. La réaction sudorale est intense dès le premier jour (20 unités).

Le 2 janvier, elle a son premier choc avec 50 unités, caractérisé par un coma progressif. Elle reçoit la sonde à 10 h. 30, mais à midi le coma persiste et nous la réveillons à l'aide d'une injection de solution glucosée.

Le 3 : jour de repos. Le mutisme persiste.

Le 4 janvier : 50 unités. Choc convulsif grave. Le réveil est extrêmement difficile. La malade reçoit deux sondes sucrées, une injection d'adrénaline, deux de solution glucosée. Le coma s'est prolongé pendant plus de 2 h. après l'administration de la première sonde.

Au réveil, la malade dit son âge (sur demande). L'après-midi elle se lève, s'occupe à coudre, parle aux infirmières, manifeste le désir de retourner chez son mari, est souriante, plaisante. Restée levée de 14 h. à 19 heures.

Le 5-1-37 : 40 unités à 6 h. 30, sueurs à 7 h. 45. Torpeur à 8 h. 15.

Début d'une crise convulsive par secousses des lèvres et de la face. Membres contractés. Hyper-réflexivité o.-t. (réfl. collatéral de l'adducteur). Nous arrêtons le choc avant la production de la grande crise. Après son réveil, la malade répond aux questions. Elle ne se rappelle pas, dit-elle, les circonstances de son arrivée. Elle consent à écrire à son mari. L'après-midi, elle parle, travaille, mais ne veut pas écrire.

Le 6-1-37 : avec 40 unités, choc qu'on arrête à la phase de torpeur.

Le 7-1-37 : jour de repos. Nous parlons à la malade d'abord à son lit, ensuite dans notre cabinet d'examen. Pendant quelques instants elle ne répond pas, puis brusquement elle parle sans aucune difficulté, sans aucune réticence, se lève sans faire la moindre objection pour nous suivre. Les renseignements qu'elle donne sont d'une précision et d'une clarté frappantes. Chaque fois qu'elle voulait répondre au médecin, qu'elle voulait obéir à ses conseils, « on » lui faisait des scènes, elle était contrariée, « on a confondu chez elle méchanceté et sensibilité ». Elle sait très bien qu'elle aurait dû parler au début, mais elle se trouvait dans l'impossibilité de le faire, chaque fois qu'elle en avait l'occasion. Elle sent très bien qu'elle aurait dû deviner ce qu'on voulait, mais elle souffre plus qu'on ne pense. Elle sent qu'elle fait souffrir son mari qui a toujours été gentil pour elle, ainsi que toute sa famille. Elle aurait voulu lui écrire, mais chaque fois « on » lui a fait « une scène ». Elle aurait dû avoir la volonté d'agir, il lui aurait fallu de l'énergie pour répondre, pour se lever. Son mari a voulu la laisser sans nouvelles sans doute pour la décider à s'en aller. Puis elle manifeste des idées de mort imminente, de supplice. Elle sait ce qu'on fera d'elle, elle sait que c'est son dernier jour.

Sur son passé nous obtenons toutes les précisions que nous désirons.

Père alcoolique, atteint de troubles délirants vers 40 ans. Mère normale, 8 frères et sœurs bien portants, sauf un mort à la guerre. Entre 9 et 15 ans, a souffert de rhumatismes avec troubles cardiaques, suspicion d'atteinte bacillaire. Réglée à 15 ans 1/2. Certificat d'études. Restée célibataire jusqu'à 30 ans, établie comme épicière dans le Jura. Se marie avec un opticien ; venue avec son mari à T... en 1930, supporte mal le changement de résidence, s'ennuie, devient triste, puis se croit surveillée, guettée. Les gens qu'elle rencontre tiennent des propos vexants, répètent des passages de lettres qu'elle a écrites à sa famille. Finalement elle avait des « hallucinations », voyait le ciel tout rouge, du sang de tous les côtés, des personnages venant l'enlever. Maintenant elle est lucide, mais elle a le cerveau fatigué, « ne se rappelle pas de 5 en 5 minutes ».

Nous n'avons pas repris le traitement, la malade se lève tous les jours l'après-midi, elle s'occupe, reste taciturne, plutôt méfiante, ne veut pas écrire à son mari, mais travaille, sourit quand on lui parle.

Le 18, elle nous a donné de nouvelles précisions : ses nerfs la menaient malgré elle, elle se sentait suspectée partout, on savait tout ce qu'elle faisait, ce qu'elle achetait dans les magasins, on venait le lui dire après.

Elle n'a pas eu la volonté de réagir, elle aurait pourtant été contente de retourner dans sa famille. Elle a le cerveau fatigué, plus fatigué qu'à son arrivée. Pourtant elle n'est pas folle, elle est simplement affaiblie. Elle se rend bien compte de ce qu'elle dit, n'a plus d'hallucinations, n'entend plus répéter ce qu'elle fait. Elle s'accuse d'avoir mal agi, de n'avoir pas réagi elle-même, alors que le médecin a tout fait pour la remonter.

Le 24 janvier, son mari, puis son frère sont venus la voir. Elle leur a manifesté une grande affection, a pressé son mari de questions : sur la marche de son commerce, sur les clients ; elle l'a mis en garde contre les assurés sociaux qui demandent qu'on majore les notes pour obtenir un remboursement plus élevé. Elle lui demande s'il a été à l'enterrement de M. X., dont son mari lui avait annoncé la mort, lors de sa dernière visite, il y a un an. Elle veut savoir des nouvelles de tous les membres de sa famille. Elle dit à son mari : « Regarde-moi, je vais mieux. Je mange bien, je travaille avec les infirmières. » Elle souhaite sa guérison ; elle raconte que le médecin a changé, etc., etc. Son mari ne l'a jamais vue dans un état pareil, depuis 4 ans. Depuis un an il n'était plus venu la voir, la dernière fois il avait pu lui arracher quelques paroles, avec beaucoup de difficultés.

En résumé, un syndrome de mutisme délirant est considérablement amélioré sous l'influence de quelques chocs insuliniques. La malade parle, extériorise son délire, et semble s'améliorer depuis.

A propos de ces trois observations, nous nous bornerons à des commentaires d'ordre thérapeutique et d'ordre clinique.

La 1^{re} de nos malades présente une réaction schizophrénique catatonique bien caractérisée : isolement, perte de l'activité spontanée, pas de manifestations de tristesse, mutisme de plus en plus complet, hostilité à l'égard de sa mère avec impulsions agressives contre celle-ci, sitiophobie, finalement gâtisme. L'insulinothérapie rompt l'inhibition, réveille la spontanéité, rétablit les contacts affectifs et fait apparaître un fond affectif dépressif, qui tend à s'atténuer progressivement.

La 2^e malade représente un cas de stupeur mélancolique s'étant développée au cours d'un syndrome mélancolique classique. Les manifestations de tristesse percent encore sous forme de brusques sanglots, alors que le mutisme et l'immobilité habituelle sont, depuis longtemps, complets. L'insulinothérapie débloque également, pour employer l'heureuse expression de M. le Professeur Claude, cet état d'inhibition et déclanche un processus d'amélioration progressive.

La 3^e malade est atteinte d'un délire mélancolique avec des idées de persécution, phénomènes d'automatisme mental, idées d'influence. Mais elle avait déjà présenté un accès mélancolique

accompagné des mêmes signes et suivi de guérison 11 ans auparavant. L'étude de sa personnalité prépsychotique révèle, d'autre part, des tendances schizoïdes. Enfin, son père s'est suicidé. Nous pensons donc que de nombreux arguments plaident, chez cette malade, en faveur d'une psychose mélancolique, mais mélangée d'éléments schizoïdes paranoïdes. Deux chocs insuliniques graves permettent de vaincre également ce syndrome de mutisme et de reconnaître sa pathogénie délirante en rapport avec un état de dépersonnalisation. La malade reste améliorée depuis et son comportement autorise quelques espoirs quant à l'avenir.

La 2^e et la 3^e malade appartiennent donc au groupe des psychoses mélancoliques et non à la schizophrénie. Cela n'a pas empêché l'insulinothérapie d'exercer une influence vraiment remarquable. Nous nous abstenons toutefois de conclure d'une façon intempestive. Une mélancolique d'aspect classique, partiellement inhibée, que nous avons traitée récemment et pendant une période prolongée, devint euphorique pendant l'état hypoglycémique. Mais, sauf pendant 1 ou 2 jours, cette modification de l'état affectif ne s'étendit jamais à la phase intervallaire.

Ainsi que M. le Professeur Claude l'a affirmé dans sa récente communication, le déblocage des inhibitions semble bien être l'élément essentiel, ou du moins un élément essentiel de l'action insulinique. Il est important d'observer, à ce point de vue, les petites manifestations qui apparaissent déjà pendant les états hypoglycémiques légers, produits avant d'atteindre la dose de choc. Le malade, jusque-là absolument inerte, tend lentement, avec une difficulté manifeste, la main, ébauche un mouvement de la tête, ou un mouvement des lèvres comme pour parler, réussit à prononcer, avec beaucoup de peine, une syllabe, une parole. Les yeux auparavant fermés restent ouverts, la contraction musculaire habituelle est absente, l'attitude en flexion, en chien de fusil, des stupeurs mélancoliques, a cessé. Le regard suit les événements de l'ambiance ; la tête se dirige lentement vers un bruit, un objet perçus, vers la personne qui vient à côté du lit. Sur la physionomie, inerte jusque-là ou contractée au point de ne plus traduire une expression affective ou émotionnelle, réapparaissent des sourires et des expressions de tristesse. Mais à part une minorité de cas, la libération n'est vraiment réalisée que par les chocs graves. C'est là un des secrets de l'efficacité de la méthode de Sakel. D'ailleurs, dans sa communication portant sur l'insulinothérapie à petites doses, au Congrès de Rabat, Steck avait déjà signalé les effets thérapeutiques possibles des chocs hypoglycémiques tout en mettant en garde contre eux

Le choc insulinaire, en même temps qu'il fait disparaître l'inhibition, détermine chez le malade un état de lucidité tel, qu'il est capable d'analyser son état mental d'une façon étonnante, trouvant facilement les termes qui traduisent avec précision ce qu'il éprouve. Mme Pa... Cha... s'exclame : « Pendant 1 an j'étais comme hébétée, je dormais sans dormir. » Cette lucidité, avec l'auto-analyse parfaite qui l'accompagne chez les malades soumis au traitement insulinaire, jointe d'autre part à leur labilité psychique et à leur suggestibilité (qui ont été signalées et nous jouent parfois de mauvais tours pendant le traitement, sous forme d'activation de la psychose, copie des troubles d'autres malades par ex.) sont des raisons essentielles, à notre avis, de l'efficacité de la psychothérapie associée, élément important et indispensable de la méthode de Sakel.

Notre troisième malade a expliqué son mutisme par un sentiment d'influence qui équivaut à un état de dépersonnalisation. La fréquence de la dépersonnalisation à la base des stupeurs dépressives est connue. Mais c'est surtout chez les schizophrènes, dont nous avons pu explorer le fond mental grâce au choc insulinaire, que les états de dépersonnalisation ont été rencontrés avec une fréquence frappante. Les deux malades, que l'un de nous a cités récemment dans sa communication faite ici-même, avaient extériorisé des délires de transformation de la personnalité.

Ces jours derniers, nous avons encore fait la même constatation chez une catatonique. Cette malade, sur l'observation de laquelle nous aurons à revenir sans doute, et dont l'état se modifia rapidement et radicalement sous l'effet du traitement insulinaire, nous expliqua après ses premiers chocs qu'elle s'était sentie dirigée par une puissance supérieure à sa volonté, par une personne, une chose qu'elle ne peut préciser.

Elle se rendait compte de l'absurdité de ses actes (gâtisme urinaire et fécal à côté de son lit, attitudes catatoniques), mais elle s'y sentait poussée, il lui semblait que si elle ne les exécutait pas, il arriverait du mal à quelqu'un. C'était « une croyance comparable aux superstitions qu'on rencontre encore fréquemment chez les gens », finalement ses actes devenaient des « manies irrésistibles » ; elle se regardait dans la glace parce qu'elle trouvait sa figure changée, parfois elle eut subitement l'idée qu'elle n'était plus la même, qu'elle avait un autre nom ; quelques jours avant, elle avait proféré devant nous un propos de ce genre, mais ne nous avait donné aucune explication après.

Ainsi nous avons pu obtenir, grâce au choc insulinaire, l'expli-

cation de l'activité démentielle d'une malade, chez laquelle de nombreux examens antérieurs n'avaient pas réussi à pénétrer le contenu du délire.

CONCLUSIONS

1) Le choc insulinique, efficace contre les états de stupeur catatonique, l'a été également dans deux cas d'inhibition grave de nature mélancolique.

2) Dans un de ces 2 cas, il a révélé l'existence d'un état de dépersonnalisation, sous forme d'idées d'influence inhibitrice.

3) L'état de dépersonnalisation est constaté avec une fréquence frappante chez les schizophrènes, catatoniques autant que paranoïdes, dont le choc insulinique réussit à vaincre le mutisme ou la réticence.

Mort rapide après alimentation à la sonde, par rupture de coronaire chez un athéromateux, par MM. Fr. ADAM et Ot. HANSCH (de Rouffach).

Le matin même où l'ordre du jour de votre dernière séance nous parvenait, annonçant la communication de MM. Trillot, Ducoudray et Raucoules, intitulée : *Mort subite au cours de l'alimentation artificielle par la sonde œsophagienne*, survint dans notre service un fait du même genre, mais relevant d'une étiologie bien différente, établie de façon certaine, *nous semble-t-il du moins*, par l'autopsie.

Le 11 décembre dernier nous était amené un mélancolique anxieux, âgé de 43 ans, ayant déjà été interné à Strasbourg, en 1922, pour un état analogue. Pour pouvoir conduire le malade à l'asile, la famille avait dû le faire accompagner de son fils, âgé de douze ans, dont il refusait de se séparer. Le médecin-chef, présent au moment de l'admission, avait, sous un prétexte quelconque, emmené l'enfant qui pleurait, et le père devait, par la suite, dans son délire, tenir rigueur de ce fait au médecin qu'il accusait d'avoir tué son fils. Ce détail a son importance : il explique que le médecin n'ait pu faire lui-même un examen physique du patient qui le repoussait. L'assistant, par contre, avait pu constater que le cœur était augmenté de volume, la pointe abaissée dans le septième espace en dehors de la ligne médioclaviculaire ; il y avait de la tachycardie, mais les bruits paraissaient normaux. On ne notait ni exophtalmie, ni goitre ; les urines ne contenaient ni sucre, ni albumine ; la température, que le malade ne laissa pas prendre régulièrement, était alors de 38°2. L'examen

du poumon ne révéla rien de particulier. Les différents réflexes étaient normaux.

L'état anxieux se prolongea, le malade s'alimentait fort mal et le sixième jour après l'admission on décida de le nourrir à la sonde. Or (et ces quelques indications ont, vous le verrez, leur importance), l'asile venait d'engager un certain nombre d'infirmiers n'ayant jamais assisté à une alimentation artificielle ; on convoqua cinq d'entre eux pour leur expliquer les raisons de cette intervention et la façon de la pratiquer. Le malade étant au bain et n'opposant par ailleurs pas de résistance, le médecin-chef mit la sonde, et, constatant qu'elle passait très facilement, émit la supposition que ce sujet avait peut-être déjà été alimenté de la sorte lors de son premier internement. Il ajouta : « Chez un malade qui respire aussi bien, on pourrait sans danger introduire immédiatement le liquide alimentaire, mais, pour bien illustrer ce que je vous ai dit de cette intervention et des risques qu'elle fait courir, nous allons faire parler ce malade. » Or, celui-ci, pour la première fois depuis son admission, voulut bien causer aimablement avec nous, déclarer qu'il ne croyait plus que nous avions tué son enfant et expliqua que s'il ne mangeait pas, c'était parce qu'il ressentait une douleur derrière l'estomac quand il avalait. Continuant sa démonstration, le médecin dit alors : « Quand un malade s'exprime, et respire aussi facilement c'est incontestablement que la sonde est bien placée. Cependant, toujours pour nous en tenir aux recommandations traditionnelles, nous allons mettre tout d'abord un peu d'eau dans l'entonnoir pour voir si le liquide passe bien ; si l'on est en effet exposé à introduire un corps étranger dans les voies respiratoires, il vaut mieux que ce soient quelques gouttes d'eau pure plutôt qu'un liquide alimentaire. » L'eau s'étant facilement écoulée, sans provoquer la moindre réaction, on nourrit le malade d'un mélange de lait sucré et d'œufs. La sonde fut alors retirée sans difficultés.

On s'entretenait encore de cette petite intervention avec les jeunes infirmiers, quand le malade se mit à vomir, sans efforts, d'un seul jet, une certaine quantité du liquide absorbé. Le médecin faisait remarquer qu'il avait peut-être donné une alimentation un peu trop copieuse pour un premier gavage, lorsqu'il vit le malade pâlir, tandis que des gouttes de sueur perlaient sur son front. Quelques petites gifles firent cesser le malaise ; le patient n'avait du reste pas perdu connaissance et déclara : « Vous me faites mal. » Très rapidement, il reprit son teint normal ; cependant, le médecin ordonnait de le sortir du bain et de le remettre au lit dès que le chef de pavillon serait revenu du réfectoire où il était allé déjeuner. Il était alors 11 h. 45. A midi vingt, sortant lui-même de table, le médecin téléphona pour demander si son ordre avait été exécuté et comment se comportait le patient. La réponse fut : « M. X. est au lit, il va assez bien, mais est cependant un peu faible. » Une piqûre d'huile camphrée est ordonnée et pratiquée. Cinq minutes plus tard, le mé-

decin, appelé d'urgence, arrivait tout juste pour voir expirer le malade, nullement cyanosé, mais au contraire très pâle.

La mort était survenue exactement quarante minutes après l'alimentation à la sonde ; entre temps, le malade était allé à pied de la baignoire à son lit, parcourant ainsi trente mètres sans fatigue apparente.

L'autopsie est pratiquée le lendemain. Les infirmiers ayant assisté au gavage, et quatre autres de ceux récemment recrutés sont présents. Tandis que l'assistant ouvre le cadavre, le médecin explique qu'un accident peut toujours survenir au cours d'une alimentation artificielle, surtout si le malade se défend (ce qui ne fut pas le cas) ; que, personnellement, s'il avait l'impression d'avoir introduit la sonde dans le poumon, il n'hésiterait pas à le dire, mais qu'en l'occurrence, il a la quasi-certitude que rien de semblable ne s'est passé. L'inspection des organes, dit-il encore, va apporter l'infirmité ou la confirmation de ce qu'il avance.

A l'ouverture de la cage thoracique, les poumons apparaissent normaux ; le gauche adhère quelque peu à la paroi costale. Prélevés, les deux lobes demeurent en toute leur masse crépitants et la plus forte pression ne peut en faire sourdre une goutte de liquide alimentaire ; tous deux flottent dans les cristallisoirs, et on en profite pour expliquer aux jeunes infirmiers la signification du fait.

Le péricarde n'est pas très distendu, mais apparaît coloré par transparence. Une fois ouvert, il laisse échapper un liquide sanglant qui ne contient aucun caillot. Le cœur arrêté en systole présente, à sa face antérieure, un petit orifice linéaire, de trois à cinq millimètres de long, d'où s'écoule un peu de sang. « Une rupture du cœur ! », s'écrie tout d'abord l'assistant ; mais, comme le médecin s'étonne qu'un tel fait n'ait pas entraîné une mort plus rapide, on y regarde de plus près et l'on constate que c'est un vaisseau rompu qui saigne. La pression exercée à la main augmente pendant un certain temps cet écoulement. « Vous n'avez pas fait d'injection intracardiaque ? », demande l'assistant qui n'était pas présent au moment du gavage. On pourrait, en effet, admettre qu'une piqûre de la coronaire (le cas a-t-il été prévu comme accident possible de cette intervention ?) ait pu provoquer la lésion que l'on constate : petite déchirure verticale du myocarde au niveau de l'artère septale qui paraît bien rompue. Les coupes pratiquées à ce niveau montrent tout d'abord que la coronaire est épaissie, et aussi que l'hémorragie semble avoir quelque peu dissocié le myocarde (hémorragie intramusculaire), avant d'envahir le péricarde. On constate encore, le cœur une fois ouvert, que deux des valvules aortiques sont en partie accolées et que l'une d'elles est calcifiée et quelque peu déformée.

D'après les recherches que nous avons faites, la rupture de la coronaire est rare. Dans son article du *Journal médical français* de février 1930, le Prof. A. Clerc qualifie même cet accident de

rarissime. Le Docteur Jabouille nous dit en avoir observé un cas à Besançon pendant la guerre chez un territorial.

Nous nous expliquons la mort de notre patient de la façon suivante. Atteint d'athérome, souffrant depuis quelques jours de douleurs rétrosternales (coronarite, angine de poitrine...), qui furent considérées comme imaginaires (hypocondriaques), il se trouvait en instance de rupture du vaisseau sclérosé. A l'occasion du léger effort que nécessite la déglutition de la sonde, ou sous l'effet du vomissement qui se produisit à la suite du gavage, peut-être un peu abondant, le vaisseau se rompit (rupture qui aurait pu être provoquée par tout autre effort : résistance anxieuse au personnel, défécation, etc...), au moment où l'on observa le malaise que l'on sait. L'hémorragie entraîna la mort en quarante minutes. C'est du moins ainsi que nous interprétons les faits, explications que semblent confirmer les constatations faites à l'autopsie ; mais nous sommes naturellement tout disposés à accepter une autre interprétation que vous nous proposeriez, telle qu'infarctus du myocarde, etc...

Nous voulons encore dire, en terminant, que nous ne partageons pas l'avis du docteur Picard qui, lors de la discussion qui suivit la communication de MM. Trillot, Ducoudray et Raucoules, exposa que, vus les dangers que fait courir le gavage, mieux vaut avoir recours aux injections glucosées pour nourrir les sitiophobes. Comme le docteur Guiraud, qui intervint alors, nous estimons que ce mode d'alimentation ne saurait remplacer le gavage. Comme lui encore, et comme M. Dupain, nous estimons que cette intervention, en raison des complications malgré tout exceptionnelles qu'elle peut entraîner, ne doit être pratiquée que par un médecin (ou un interne évidemment). De tels faits, qu'une famille pourrait être incitée à exploiter contre le médecin ou l'administration de l'asile, doivent nous rendre prudents ; il serait bon, à notre avis, que le médecin et ses collaborateurs fussent assurés contre de tels risques (c'est le cas à Rouffach), de façon que les indemnités qui pourraient être (injustement à notre avis, en pareil cas) accordées aux plaignants, ne demeurent point à leur charge.

M. H. BARUK. — J'ai assisté à deux accidents analogues. Une fois à Clermont. La sonde avait très bien passé. Avant qu'on n'y eût rien versé, la malade est prise de syncope, le pouls tombe de 80 à 30. Au bout de 20 minutes, la mort survient. Et l'autopsie montre des érosions au niveau du cardia. — La seconde fois à Charenton. Un quart d'heure après le gavage, le malade est pris de

syncope, tombe dans le coma, revient à lui sous l'influence du traitement ; mais le lendemain il est pris de toux, de fièvre et de crachats avec signes de pneumonie à la base droite. Il meurt. L'autopsie révèle une intégrité des voies aériennes et de l'œsophage, mais des dilatations vasculaires et un piqueté hémorragique de la paroi gastrique, du cardia, du pylore et même du duodénum. J'ai montré la pièce à des anatomo-pathologistes et des spécialistes des maladies d'estomac. Ils ont fait le diagnostic d'apoplexie gastrique. Ils ont attribué la pneumonie à une conséquence de cette apoplexie, conséquence redoutée des chirurgiens qui opèrent sur l'estomac.

La conclusion est de ne pas distendre brusquement l'estomac en gavant le malade, et de ne pas traiter d'hypocondriaque tout malade qui souffre de la région gastrique, avant d'être bien sûr qu'il n'a pas une lésion.

M. DEMAY. — Il serait prudent, en prévision d'une susceptibilité particulière du sujet à gaver, de prendre son réflexe oculo-cardiaque avant de procéder à cette opération, et de s'abstenir de celle-ci si le réflexe est trop marqué.

M. TUSQUES. — Ce serait remplacer un danger par un autre puisqu'on a prétendu que la recherche de ce réflexe a parfois entraîné la mort.

M. GUIRAUD. — L'administration de la génatropine favorise la manœuvre, en empêchant notamment le vomissement que produit parfois l'introduction de la sonde.

M. BRISSOT. — Mieux vaudrait peut-être 3 ou 4 gavages de 200 gr. chacun dans la journée qu'un seul d'un litre et demi qui distend.

M. G. COLLET. — Le médecin qui alimente un malade à la sonde se préoccupe toujours d'éviter une fausse route. Il est utile qu'il ait, en outre, une autre préoccupation : celle de ne pas introduire dans l'estomac du malade un liquide alimentaire dont la température soit trop élevée. On ne doit pas abandonner la surveillance de ce détail aux infirmières. Il n'est pas rare, en effet, que celles-ci présentent pour l'alimentation artificielle un liquide trop chaud.

M. Roger ANGLADE. — C'est exact. Mais je me demande, à propos de mon cas, l'interprétation que j'aurais pu me faire, si j'avais tenté une injection intra-cardiaque pour ranimer ma malade. J'aurais pu attribuer la lésion de la coronaire à mon aiguille.

M. René CHARPENTIER. — Il y a lieu cependant de faire remarquer que le risque de mort est exceptionnel dans l'alimentation à la sonde et qu'il s'agit de parer à un risque beaucoup plus immédiat, celui de la mort par inanition.

Mais une conclusion s'impose : c'est que l'alimentation à la sonde doit toujours être faite par un médecin.

Psycho-polynévrite aiguë chez une alcoolique chronique. —

Tableau clinique rappelant le béribéri, par MM. J. AJURIA-GUERRA et J. ROYER.

La question des maladies par carence dans les asiles est bien connue dans les milieux psychiatriques. Mais les travaux récents publiés par des auteurs américains, et tout dernièrement par des auteurs français, sur la nature et la pathogénie de la polynévrite alcoolique, donnent à cette question un renouveau d'actualité. Ces auteurs rapprochent, en effet, la polynévrite alcoolique des maladies par carence telles que la pellagre et le béribéri. Il nous a paru intéressant de rapporter cette observation de psycho-polynévrite alcoolique dont nous avons pu suivre l'évolution complète et dont l'aspect clinique nous a frappés par sa ressemblance avec celui de la polynévrite du béribéri.

OBS. — Mme G., âgée de 40 ans, lingère, vient le 30 novembre 1936 consulter à l'hôpital Henri-Rousselle. Elle est admise dans le service de traitement avec le diagnostic suivant : Dépression. Préoccupations hypochondriaques. Idées de jalousie. Alcoolisme chronique.

Mme G. est en effet, d'après les renseignements que nous donne son mari, une alcoolique certaine. Elle a des habitudes d'intempérance, boit chaque jour plusieurs apéritifs, et, en outre, un à deux litres de vin.

D'ailleurs, les signes d'imprégnation sont évidents. Déjà, quelques jours avant son entrée, des troubles digestifs apparaissent chez la malade. C'est surtout un état nauséux avec anorexie. La malade s'alimente très mal, se contente d'un peu de soupe qu'elle vomit parfois le soir. Les pituites matinales sont fréquentes, la constipation habituelle. Le faciès est très coloré, semé de varicosités.

Quant aux troubles mentaux ils sont assez peu importants. Ils auraient débuté depuis six mois par une espèce de fatigue, ou plutôt de lassitude suivie bientôt d'un état dépressif, plus accentué, caractérisé par de l'asthénie, une certaine tristesse, de petits troubles de l'humeur et du caractère, une susceptibilité, une sensiblerie, une émotivité exagérées. Cet état s'accompagne de vagues idées de jalousie. En outre, la malade manifeste quelques préoccupations hypo-

chondriques au sujet de l'arrêt brusque et prématuré de ses règles disparues depuis le mois de février 1936 : elle redoute vivement l'évolution d'un fibrome utérin. L'affectivité nous a paru chez cette malade assez émoussée. Quant au fond mental, il n'est que peu altéré. Nous avons pu l'apprécier par la méthode des tests de Binet et Simon auxquels la malade a répondu d'une façon très satisfaisante.

L'examen somatique ne permet pas de déceler de troubles hépatiques : pas d'ictère, pas d'hépatomégalie. La rate est normale.

L'examen neurologique montre une abolition complète des réflexes rotuliens et achilléens des deux côtés. Mais pas de paralysie, ni de diminution sensible de la force musculaire des membres inférieurs, pas d'amyotrophie appréciable, pas de troubles de la marche, pas d'hyperalgie à la pression des masses musculaires. Les réflexes ostéo-tendineux des membres inférieurs sont normaux. Le cutané-plantaire est indifférent des deux côtés. Il n'y a pas de signe de Römberg. Les pupilles sont égales et réagissent normalement à la lumière et à l'accommodation. L'examen des urines montre l'absence d'albumine et de glucose, mais un excès d'urobiline. Les réactions de Meinicke, Kahn et Bordet-Wassermann dans le sang sont négatives.

Nous nous trouvons donc en présence d'un tableau d'alcoolisme chronique avec dépression légère et début de polynévrite. Mais, d'une part à cause de l'absence de troubles confusionnels et d'altération du fond mental, d'autre part à cause du peu d'importance du syndrome neurologique, nous ne nous croyons pas fondés à faire dès cette époque le diagnostic de psycho-polynévrite. Nous soumettons cependant Mme G. à un traitement par la strychnine à faible dose. Mais, le 10 décembre 1936, c'est-à-dire après 12 jours d'hospitalisation et par conséquent de sevrage complet, un œdème apparaît aux extrémités inférieures, marqué surtout au niveau des malléoles et s'accompagnant de douleurs et de fourmillements. L'examen des urines ne montre toujours pas d'albumine. Les vomissements deviennent fréquents et une diarrhée abondante apparaît. Ces phénomènes sont bientôt suivis d'une paralysie des membres inférieurs. La marche devient impossible. La force musculaire n'est cependant pas très diminuée, sauf pour les muscles fléchisseurs du pied sur la jambe. Le pied est tombant.

Quelques jours après, le 27 décembre, au niveau des deux poignets maintenant, un œdème apparaît, très marqué, et s'accompagnant aussi de douleurs. Les articulations restent cependant mobiles, les douleurs semblent d'origine musculaire. Assez rapidement, l'œdème tend à se résorber, laissant apparaître une paralysie bilatérale des extenseurs de la main. Notons que l'évolution de cette nouvelle phase a été précédée d'une légère poussée thermique (atteignant 38°) qui disparaît en quelques jours.

L'examen neurologique, pratiqué à ce moment, met en évidence aux membres inférieurs, outre l'abolition des réflexes tendineux, rotuliens et achilléens, l'impossibilité d'exécuter les mouvements de

flexion dorsale du pied et d'extension des orteils. Les pieds sont en varus équin. La fonte des muscles de la jambe et en particulier de la loge antéro-externe est massive.

Au niveau des membres supérieurs, la paralysie a l'aspect d'une paralysie radiale bilatérale. L'avant-bras est fléchi en pronation, la main pendante, les doigts à demi fléchis. La malade ne peut étendre la main sur l'avant-bras, ni les premières phalanges sur la main. L'abduction du pouce est impossible. On ne trouve pas chez la malade le signe de la corde du long supinateur.

Nous avons complété l'examen neurologique par l'examen de la sensibilité. Elle nous a montré l'existence d'une hypoesthésie à la piquûre, à la chaleur et au froid, avec retard à la perception, réaction hyperesthésique tardive, et troubles de la localisation. Les masses musculaires sont très sensibles.

En même temps que ce syndrome neurologique apparaissent des troubles psychiques. Ce sont des troubles confusionnels : désorientation dans le temps et l'espace ; troubles mnésiques portant surtout sur la mémoire de fixation ; apparition chez la malade d'une certaine euphorie avec inconscience de sa situation.

Les examens de laboratoire ne donnent que peu d'indications intéressantes, sauf cependant l'examen cytologique du sang qui met en évidence une hyperleucocytose considérable.

Examens du sang : Globules rouges : 4.300.000. Hémoglobine : 85. Valeur globulaire : 1. Globules blancs : 18.600. Lymphocytes : 23. Mononucléaires moyens : 23. Grands : 4. Polynucléaires neutrophiles : 49. Urée sanguine : 0,39. Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn négatifs.

L'examen du liquide céphalo-rachidien montre l'existence d'une légère réaction méningée :

Albumine : 0,55. Pandy et Weichbrodt : +. Leuco. : 0,2. Benjoin : 00000.22222.11000. Elixir parégorique : 000. Meinicke et Bordet-Wassermann négatifs.

Très rapidement, en trois ou quatre jours, l'état général s'altère ; l'amaigrissement déjà considérable (5 kilos en quelques jours) s'accroît. Le cœur donne des signes de défaillance. Les bruits deviennent sourds, s'accroissent progressivement. La tachycardie atteint bientôt 120 pulsations à la minute. La respiration devient rapide. La malade est dyspnéique et angoissée. En même temps, les troubles psychiques s'aggravent. La confusion est de plus en plus prononcée. Des troubles psycho-sensoriels apparaissent. L'évolution se précipite et se fait rapidement vers une issue fatale. La malade meurt le 3 janvier 1937.

Nous sommes donc en présence de la forme décrite par Marchand et Courtois (1) sous le nom de Korsakoff aigu. Il est admis

(1) MARCHAND et COURTOIS. — La psychose aiguë de Korsakoff, *Revue Neur.*, 1934, tome II.

par nombre d'auteurs que le tableau clinique de la polynévrite alcoolique ressemble de très près à celui du béribéri. Mais les observations citées par les auteurs ne sont pas toujours typiques. L'exemple que nous avons rapporté nous a paru particulièrement intéressant, car il illustre, d'une façon remarquable, cette opinion. Les auteurs modernes, se basant sur cette identité des tableaux cliniques, ont élaboré, à partir de ces faits, une hypothèse pathogénique des polynévrites alcooliques. Nous nous proposons de donner un aperçu des théories nouvelles et de rechercher dans quelle mesure elles sont applicables à notre observation.

Rappelons tout d'abord que l'hypothèse de l'imprégnation alcoolique des nerfs comme facteurs de polynévrite est rejetée par l'ensemble des auteurs. Les faits expérimentaux comme les faits cliniques mettent en défaut cette théorie. Quant à la conception de Klippel et Lhermitte (1), qui date de 1908, elle admet une origine hépato-toxique. Bien qu'à notre avis le rôle de l'intoxication hépatique ne soit pas entièrement à rejeter, il existe, contre cette conception, de nombreux arguments. Il est remarquable de constater que les lésions dégénératives du foie, même très importantes, soit expérimentales, soit cliniques, s'accompagnent rarement de névrite.

Des auteurs américains ont repris la question récemment (2). Ils émettent l'hypothèse que l'imprégnation éthylique cause, par ses effets d'inhibition sur les tractus digestifs, des troubles dans l'absorption des aliments. Il en résulterait ainsi un véritable état carentiel qui serait à l'origine de la polynévrite. Celle-ci serait donc, en réalité, une maladie de la nutrition tout à fait analogue aux maladies par carence.

Cette hypothèse nous a paru très séduisante. Il faut bien convenir en effet que les troubles neurologiques du béribéri et de la pellagre ressemblent à ceux de l'alcoolisme. Quant aux troubles psychiques, s'ils sont plus rares dans le béribéri, ils existent fréquemment dans la pellagre, revêtant l'aspect de troubles confusionnels tout à fait comparables à ceux du Korsakoff.

Chez l'homme, l'étude anatomique des lésions du système nerveux des alcooliques a montré que ces lésions sont polymorphes. Ces lésions se rapprochent beaucoup de celles du béribéri

(1) KLIPPEL et LHERMITTE. — Des névrites au cours de la cirrhose du foie. *Semaine médicale*, 8 janvier 1908.

(2) MINOT STRAUSS et COBB. — *New England, S. Med.*, 1933.

et de la pellagre. Arnold, Carmichael et Ruby O'Stern (1), étudiant l'histopathologie du syndrome de Korsakoff, montrent sa grande ressemblance avec la pellagre et concluent à l'existence d'un facteur commun aux deux affections, agissant par carence.

Lhermitte (2) fait remarquer que les lésions du bériberi expérimental sont superposables à celles de la psycho-polynévrite.

Il semble donc évident que, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique, il existe de grandes analogies entre la polynévrite alcoolique et les polynévrites carenciales.

Dans un remarquable travail tout récent, Maurice Villaret, Justin Besançon et Pierre Klotz (3) ont repris la question du problème pathogénique de la polynévrite alcoolique. Ces auteurs pensent que les lésions viscérales qui précèdent l'apparition de la polynévrite peuvent entraîner des troubles de la nutrition, voisins de ceux des avitaminoses, et responsables des troubles névritiques. Le plus souvent, il ne s'agit pas, à leur avis, d'une véritable carence vitaminique, mais bien plutôt d'un déséquilibre alimentaire, dont l'importance dans l'apparition des troubles névritiques a été démontrée expérimentalement (4).

D'où vient ce déséquilibre alimentaire chez les alcooliques ? Les mêmes auteurs l'attribuent à deux causes principales. D'une part, presque toujours, les malades se sont contentés spontanément d'une alimentation défectueuse. D'autre part, il existe, chez les alcooliques chroniques, un trouble important des fonctions d'assimilation qui exagère les troubles nutritifs. Dans une précédente publication, Villaret, Justin Besançon et Klotz, et avant eux Strauss, ont en effet montré que les lésions du tractus digestif, consistant en gastrite atrophique et hépatite graisseuse, sont constantes chez ces malades. En outre, les altérations endocriniennes fréquentes peuvent contribuer à augmenter encore le trouble de l'assimilation. Quant au déclenchement de la polynévrite, il a été montré par différents auteurs (5) que les avitaminoses peuvent, pendant longtemps, rester inapparentes et être révélées par un facteur infectieux, toxique, traumati-

(1) ARNOLD CARMICHAEL et RUBY O. STERN. — *Brain*, juin 1931.

(2) LHERMITTE. — Lésions cérébrales de la polynévrite avitaminique. *Revue Neurol.*, juill. 1916.

(3) MAURICE VILLARET, JUSTIN-BESANÇON, PIERRE KLOTZ. — Le problème pathogénique de la polynévrite alcoolique. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, S. du 3 juill. 1936.

(4) RAOUL LECOQ. — Equilibre alimentaire et vitamines. *Presse Médicale*, 19 décembre 1936.

(5) FABRY. — Le bériberi. Maladie inapparente et déséquilibre alimentaire. *Paris Médical*, 7 juillet 1934.

que, etc... L'hypothèse de Villaret, Justin-Besançon et Klotz n'exclut pas ces faits. Ces auteurs admettent, en effet, chez les alcooliques chroniques porteurs de lésions du tube digestif, qu'il existe un état carentiel préalable qui peut être révélé par un facteur déclanchant quelconque. Nous pensons, quant à nous, qu'un facteur important peut être la privation brutale du toxique, qui, créant un état biologique nouveau, est susceptible de déterminer l'évolution polynévritique. C'est sans doute pour éviter cette éventualité que les auteurs américains continuent à donner de l'alcool à leurs malades.

Tous les faits décrits par les auteurs précédents semblent bien s'appliquer à notre observation. On note, chez notre malade, une alimentation irrégulière et défectueuse. Déjà, avant son entrée à l'hôpital, ses troubles digestifs indiquent l'existence d'une gastrite chronique. Les troubles hépatiques, d'ailleurs peu apparents, sont cependant certains, et révélés par l'excès d'urobilinurie. Les troubles endocriniens sont manifestes, les règles de la malade ayant disparu précocement depuis un an. Tous ces facteurs ont contribué, à notre avis, à déterminer des troubles de la nutrition et à réaliser, chez notre malade, un état carentiel. Quant au déclenchement de l'évolution polynévritique aiguë, quel en est le facteur responsable ? Peut-être faut-il incriminer l'épisode fébrile qui a précédé l'apparition de l'œdème et des douleurs, ou le sevrage brutal, comme nous l'avons déjà suggéré ? Nous croyons pouvoir rejeter, dans notre cas, l'hypothèse de l'intoxication directe par l'alcool puisque l'évolution aiguë n'a commencé que plusieurs jours après le sevrage. De même, nous ne pensons pas qu'il s'agisse d'une auto-intoxication due aux lésions hépatiques, particulièrement discrètes dans notre observation. Nous croyons que le facteur carentiel ou de déséquilibre alimentaire a joué un rôle primordial. Notre intention n'est pas cependant de mettre en cause exclusivement ce facteur. D'autres éléments viennent s'ajouter à ce facteur étiologique essentiel des polynévrites, expliquant, dans une certaine mesure, les variations du tableau clinique et le polymorphisme des images anatomiques. Nous avons voulu insister sur ce facteur carentiel ou plutôt de déséquilibre alimentaire qui, en accord avec les travaux récents, nous a paru prédominant dans la production de la psycho-polynévrite que nous avons observée.

Cette importante question de la pathogénie des polynévrites éthyliques nous a paru susceptible d'attirer l'attention. Un intérêt thérapeutique immédiat s'en dégage. A côté du sevrage (peut-être néfaste en certains cas), à côté de la désintoxica-

tion, nous pensons que, dans la thérapeutique du syndrome polynévritique éthylique, il faut attribuer une grande importance au traitement des troubles digestifs, et accorder une place prépondérante à la notion de carence et de déséquilibre alimentaire.

Crises nerveuses d'apparence névropathique dans un cas d'arachnoïdite, par MM. H. BARUK, AUBIN et SCHMITE.

On distingue généralement deux grands types de crises nerveuses qui s'opposeraient par leur aspect clinique et leur étiologie : les crises épileptiques, organiques ; les crises hystériques, où domine l'élément psychique.

Cette opposition schématique ne nous paraît pas répondre exactement à l'analyse des réalités cliniques : nous pensons que la crise comitiale et la crise pithiatique ne représentent que les deux extrêmes d'une vaste série comprenant une gamme très variée d'états intermédiaires.

Sans doute, si l'on compare ces deux extrêmes, peut-on faire ressortir les oppositions suivantes :

A la crise comitiale s'attachent des manifestations caractérisées par leur brusquerie d'apparition, leur brièveté, leur indépendance vis-à-vis du psychisme (celui-ci étant massivement et globalement suspendu), leur retentissement brutal sur les fonctions vaso-motrices, pyramidales, etc...

A l'opposé, le phénomène pithiatique s'exprime d'une manière plus progressive, plus prolongée : loin de se séparer du psychisme et d'être inconscient, il se fusionne avec lui et, comme lui, participe à l'élaboration du symptôme dont on remarque l'aspect coordonné et adapté. Mais cette intrication des perturbations mentales et motrices présente des caractères spéciaux sur lesquels l'accord est loin d'être fait. L'un des principaux nous paraît résider dans un engourdissement spécial de la volonté, un trouble de la mise en train psycho-motrice.

Entre ces deux pôles prennent place de nombreuses manifestations se rapprochant plus ou moins de l'un d'entre eux, mais qui s'en différencient cependant nettement : telles les formes dégradées de l'épilepsie que l'on peut observer au cours du traitement par le gardénal, les diverses variétés de crises d'onirisme, de catalepsie, d'énervement de la démence précoce, de la sclérose en plaques, des encéphalites toxiques et toxi-infectieuses, etc...

Il nous a paru intéressant de rapporter le cas d'un malade atteint d'une affection cérébrale du type « arachnoïdite » et qui a présenté toute une série de crises intermédiaires entre la crise comitiale et les crises dites pithiatiques.

OBSERVATION. — M..., 29 ans, instituteur, suivi à la consultation externe et au service libre de St-Maurice depuis le 16 mars 1936.

Antécédents : l'un de ses frères, actuellement médecin, aurait eu à 13 ans (en 1923) une « méningite » grave, à marche aiguë, qui a guéri sans séquelles.

Sa femme est bien portante ainsi que son fils aîné (7 ans). Un second enfant, âgé de 2 ans, aurait eu à partir de 9 mois des « convulsions », survenant à la suite de contrariétés. L'enfant tombait brusquement, se relevant, tombait encore mais, semble-t-il, sans perdre connaissance. Il restait contracturé en extension, le visage cyanosé, la respiration suspendue pendant une ou deux minutes ; pas de cris.

Lui-même, né à terme (accouchement normal), aurait eu des « convulsions » dans la première enfance. Entre 15 et 20 ans, il souffre à diverses reprises de troubles gastro-hépatiques (avec éruptions urticariennes).

Marié à 21 ans ; à cette époque, il se plaint assez fréquemment d'une certaine « lourdeur de tête ».

H. M. — A Pâques 1933, il souffre pendant 10 à 15 jours d'une violente *céphalée*, d'insomnies, depuis lors il se sent continuellement fatigué, mais sans dépression psychique.

La même année, en août, il fait un *épisode fébrile* qualifié, mais sans preuve de laboratoire, de paratyphoïde se manifestant par de la *céphalée*, des douleurs abdominales, une *asthénie* considérable.

Depuis cette époque son rendement professionnel, lui dit son Directeur, aurait diminué de 50 % ; lui-même ne s'en rendait pas compte. Son *caractère*, jusqu'alors calme et régulier, en dehors d'une émotivité très vive, serait devenu irritable, renfermé, triste. Il a de violentes colères, frappe « sauvagement » son enfant.

Le 20 février 1934, on observe un *épisode onirique* d'une durée de 2 heures, au cours duquel il faisait la classe, donnait des soins à son second bébé qui venait de naître, etc... Amnésie lacunaire totale.

On lui donne un congé de 15 jours. C'est au bout de ce laps de temps que se produit la première « *crise d'anéantissement* », sorte d'engourdissement progressif de la main gauche dans son ensemble, puis du bras et de la jambe gauches, enfin du corps tout entier. Dans cette dernière phase seulement, le malade cesse de pouvoir parler, mais il continue à entendre, et à aucun moment il ne perd connaissance. Il garde d'ailleurs un souvenir parfait de ces crises et peut les analyser avec minutie : « la vie du corps semble absente, celle de l'esprit reste intacte ». Il a la sensation d'avoir la main morte et, effectivement, il constate une véritable anesthésie lorsqu'il demande à son Directeur de

lui piquer la main avec une aiguille ou à son enfant de la mordre assez fort pour laisser l'empreinte de ses dents. Son visage est très pâle (surtout du côté droit). Il a parfois du larmoiement. Le pouls descend parfois à 35-36, puis au bout d'un quart d'heure remonte à sa fréquence normale (60-70), son corps reste souple, les mouvements passifs sans raideur. Il n'a jamais de troubles sphinctériens.

La durée de la crise varie de 10 minutes à 2 heures, jamais il ne tombe. S'il est debout, il lui suffit de s'adosser à une fenêtre, à un mur, pour maintenir son équilibre.

Ces crises se répètent à des intervalles très variables ; parfois il reste 1 ou 2 semaines sans en avoir, parfois il en subit 4 ou 5 dans la même journée.

En avril 1934, il entre à Henri-Rousselle pour quelques semaines. *Ses maux de tête augmentent*, se localisent vers la région fronto-temporale. En juin, ils deviennent atroces : c'est à ce moment qu'il est présenté au Professeur Guillain. Toute activité lui est devenue impossible, il ne marche même qu'avec une extrême difficulté, plié en avant (un peu soulagé par cette position). Cependant il ne se plaint d'aucun autre symptôme, si ce n'est, au cours des mois précédents, d'impuissance sexuelle. Il n'a pas de stase papillaire, le liquide céphalo-rachidien contient 0,40 d'albumine et 3,2 lymphocytes.

Néanmoins, on pratique le 4 juillet 1934 une *intervention* qui décèle une inflammation assez discrète avec aspect laiteux des lepto-méninges et des adhérences de la dure-mère aux méninges molles.

Les maux de tête disparaissent dès la première nuit, et le 27 juillet le malade peut quitter l'hôpital.

En septembre, survient encore une « crise d'anéantissement », une seule. Puis apparaissent de nouvelles manifestations que nous nommons « *crises d'agitation* ». Ce sont des crises nerveuses très violentes, débutant par un énervement croissant, un larmoiement sans motif, puis il perd connaissance et, lui a-t-on dit, il se débat comme un forcené, pousse des cris, secoue son lit, etc...

Ré-hospitalisé à la Salpêtrière, ses crises prennent un nouvel aspect, celui de « *crises d'étouffement* », les plus pénibles de toutes, affirme-t-il. C'est d'abord un grand malaise indéfinissable, puis une difficulté croissante à respirer. Il s'agite, tremble, crispe les bras sur son ventre, cherche à se replier. Son visage se cyanose, ses pupilles se dilatent, il est pris d'une sorte de toux spasmodique. Une angoisse extrême l'étreint, lui donne la crainte d'une mort imminente, puis la crise s'atténue, disparaît, mais le laisse fatigué, somnolent ; elle a duré à peine 1 ou 2 minutes. Pendant un mois on en observe de semblables presque tous les jours, puis à partir de janvier 1935 elles cessent presque complètement.

De février à novembre 1935, très amélioré, mais sans pouvoir reprendre son travail, il présente encore de notables *troubles de l'humeur et du caractère* qui, ultérieurement, reprendront une grande

intensité : il reste taciturne, hostile, pessimiste ; passe des journées entières sans prononcer une parole ; ne supporte personne autour de lui, s'enferme dans sa chambre et se ronge les ongles.

Enfin apparaît un *dernier type de crises*, que nous avons pu observer nous-mêmes : c'est d'abord un malaise qui envahit le malade. Il se sent « sous tension », répond avec humeur, se met à trembler de plus en plus fort, jusqu'à présenter de véritables mouvements choréiformes. Son faciès devient rouge, sa tête se fléchit en avant et latéralement vers l'épaule droite, le menton à gauche et en haut, les yeux en occlusion forcée, le corps se plie, s'enroule en flexion. Il pousse une sorte de sanglot, puis progressivement se détend, se calme, accuse un grand bien-être. On le voit changer à vue d'œil, perdre son air inquiet, angoissé de la période prémonitoire, il s'exprime avec plus d'aisance. Il n'a pas perdu connaissance, mais pendant les 3 ou 4 minutes qu'a duré la crise il semble avoir été un peu obnubilé.

A l'examen, on ne trouve aucun signe neurologique en dehors d'un tremblement allant parfois jusqu'à l'instabilité choréiforme dans l'attitude du serment.

Les épreuves vestibulaires pratiquées le 7 novembre avaient donné les résultats suivants :

Epreuve calorique : rien à signaler.

Epreuve rotatoire : tête droite ; rotation à droite : nystagmus horizontal gauche de durée normale. Marche déviée à gauche.

rotation à gauche : nystagmus horizontal droit de durée normale. Marche déviée à droite.

Et le 17 janvier 1935 :

tête droite	}	rotation à d. : N. g. Déviation marche à droite.
		rotation à g. : N. d. Déviation marche à droite.

Le malade est alors hospitalisé au Service libre de la Maison Nationale de St-Maurice. Il est là placé dans des conditions de repos physique et moral complet. On lui donne à trois reprises, séparées par de longs intervalles, un cachet de scopochloralose. Peu à peu, il sent la détente survenir, son caractère redevient calme, le sommeil normal, et les crises disparaissent complètement. Il sort du service en état de guérison clinique le octobre 1936. Depuis lors, il est parti se reposer à la campagne et son état se maintient satisfaisant. Ajoutons que plusieurs examens bactériologiques des urines sont restés négatifs.

Essayons d'interpréter les divers éléments de ce tableau évolutif ; nous retrouverons les facteurs suivants :

1. *Le processus toxi-infectieux* en évolution depuis trois ans, qui paraît bien être responsable de la transformation psychique et des crises polymorphes observées. Il est difficile de préciser la nature exacte de ces manifestations infectieuses ; il existe un

passé intestinal ; un examen bactériologique des urines est resté négatif et n'a montré aucune coli-bacillurie.

2. *Les troubles de l'humeur et du caractère* qui constituent le premier test d'atteinte du système nerveux ; et l'on peut dire qu'ils l'expriment d'une manière permanente, sous forme d'une hyperexcitabilité nerveuse, s'exacerbant à la moindre fatigue, à la moindre contrariété. Le malade lutte cependant contre l'énervement qu'il sent monter et croître en lui, mais il finit par se sentir submergé et se laisse aller à des gestes ou paroles dont il ne contrôle plus la portée.

3. *Toute une gamme de crises* allant de la crise onirique et confusionnelle classique aux manifestations cataleptiques, respiratoires et végétatives, et aux crises d'allure émotive rappelant à première vue les descriptions des *crises* dites névropathiques ou pithiatiques.

Elles ont en effet du pithiatisme la période prémonitoire, l'accompagnement affectif, la détente consécutive ; elles sont, comme lui, influencées par la psychothérapie et le scopo-chloralose.

Elles s'en distinguent cependant par l'intensité de l'obnubilation, la présence de troubles vaso-moteurs, leur déroulement bref donnant encore l'impression du « mécanisme tout monté », qui s'impose avec force ; enfin elles ne sont pas aussi rapidement curables que les crises pithiatiques bien qu'elles soient accessibles à l'influence du repos, de bonnes conditions de détente affective et du traitement par le scopo-chloralose.

Enfin ces crises se sont accompagnées de véritables *crises respiratoires*, très spéciales, caractérisées par une sorte de blocage respiratoire avec angoisse, toux spasmodique et cyanose. Nous avons observé plusieurs fois des manifestations de ce genre dans les crises nerveuses d'étiologie variée, dans les prodromes de certaines crises d'épilepsie, dans certaines crises extra-pyramidales, comme l'un de nous (Baruk) en a rapporté un exemple avec Poumeau-Delille, dans la sclérose en plaques (Aubin), etc...

L'étude de ce cas nous montre donc, qu'en dehors de la crise épileptique et de la crise pithiatique typiques, il existe une vaste gamme de crises nerveuses qui présentent, en raison de leur symptomatologie psychique et de leur aspect coordonné, les apparences de crises névropathiques, mais qui en réalité peuvent être symptomatiques de perturbations cérébrales et même d'affections organiques, comme le montre cette observation d'arachnoïdite.

Statistique des services de Doulon et la Villetterre : la formule hospitalière en neuro-psychiatrie infantile, par MM. Georges d'HEUCQUEVILLE et Pierre LEGRY.

Dans l'esprit où le Professeur Laignel-Lavastine et l'un de nous avons apporté la statistique de notre service ouvert de psychiatrie d'urgence de la Pitié (1), nous venons aujourd'hui au dossier des services ouverts les réalisations mises en œuvre et les premiers résultats obtenus dans nos deux services ouverts de neuro-psychiatrie infantile de Doulon (près Nantes) et la Villetterre (près Pontoise).

Envisageons successivement les objets auxquels répondent ces services, les conceptions qui ont présidé à leur organisation et leur fonctionnement au cours de l'année 1936.

Objet des services ouverts de neuro-psychiatrie infantile. — Il ne nous appartient pas de retracer la progression rapide de la neuro-psychiatrie infantile depuis le début du siècle, sous l'impulsion presque exclusive de médecins, médecins pour la plupart aliénistes.

Mais si à l'étranger, Belgique, Suisse (2), Allemagne (3), Angleterre, Etats-Unis, les progrès de la science se sont exprimés dans des réalisations importantes, la France ne saurait prétendre, pour les siennes, au rang que lui assignerait son activité scientifique : sur une masse de 150.000 enfants anormaux environ de 5 à 18 ans, c'est à peine si 2.000 sont l'objet d'un traitement ou d'une rééducation quelconque ; la Seine, qui rassemble plus du dixième de cette masse, leur offre 722 lits (4), moins d'un pour 20.

Une telle disproportion résulte surtout de la proportion excessive de sujets auxquels ne s'adresse aucune institution convenable.

La Loi du 15 avril 1909, en effet, prévoit uniquement « *des classes de perfectionnement annexées aux écoles publiques et des écoles autonomes de perfectionnement pour les enfants arriérés* » (5).

On veut trouver dans cette loi la charte de la neuro-psychiatrie infantile en France. Et la plupart des campagnes en faveur de l'enfance anormale bornent encore leurs revendications au renforcement de cette loi. Or la Loi de 1909 semble ignorer le traitement médical : outre les prescriptions générales de l'Inspection des Ecoles, elle n'impose (article 11) qu'une visite médicale semes-

truelle. Aussi les classes et internats de perfectionnement sous le régime de la Loi de 1909 ne sauraient-ils convenir qu'au traitement d'une minorité d'enfants anormaux (débiles légers, retardés scolaires) : quel maître d'arriérés assurera dans sa classe le traitement d'épileptiques et d'instables ?

Une autre minorité, les grands déficients, les idiots, reçoivent l'assistance dans les hospices d'incurables (Loi de 1905).

Pour une autre minorité encore, enfants anormaux délinquants, l'Administration Pénitentiaire tend actuellement à ouvrir au médecin les Maisons d'éducation surveillée.

Enfin pour une dernière minorité, les pupilles « difficiles et vicieux » de l'Assistance Publique, la Loi de 1904 a institué des Ecoles de réforme.

Mais, en dehors de ces minorités de débiles légers, débiles profonds, pervers, il reste la majorité des enfants anormaux curables, améliorables, récupérables ou rééducables, qui réclament un traitement médical continu, une rééducation médicale prolongée.

Par exemple, les *épileptiques* présentant des crises convulsives, des équivalents, des troubles du caractère, du somnambulisme et de l'énurésie : ces sujets ne peuvent demeurer dans les classes ou internats de perfectionnement.

De même les *instables* de tout degré, foncièrement réfractaires au régime scolaire, qui constituent au moins la moitié de la masse des enfants anormaux.

De même encore les sujets déficients présentant des séquelles d'*encéphalites*, épidémique ou infantile, de *poliomyélites*, de *méningites* diverses ; les *mongoliens*, certains dysendocrinien, certains débiles apathiques, certains débiles du langage.

Les services ouverts organisés de neuro-psychiatrie infantile.

— Pour cette masse de déficients, épileptiques et instables en premier lieu, les principales réalisations s'étaient développées jusqu'alors à l'ombre des asiles. Ces annexes médico-pédagogiques, qui mériteraient chacune une mention particulière, rendent déjà des services considérables et justifient les conclusions du rapport de Raynier et Martimor (6) qui réclament leur généralisation.

Mais, quelque perfectionnement technique qu'ils atteignent, quelque autonomie qu'ils obtiennent de leur asile, l'expérience montre que le recrutement de ces services, ouverts comme fermés d'ailleurs, se trouve foncièrement vicié par ce voisinage. Les parents résistent à l'hospitalisation de leurs enfants anormaux, escomptant pour la plupart à tort comme inéluctable le passage de l'annexe à l'asile quand l'enfant aura atteint l'adolescence.

Aussi l'un de nous s'est-il attaché, depuis plusieurs années, à la réalisation de services hospitaliers ouverts de neuro-psychiatrie infantile, répondant aux besoins du plus grand nombre d'enfants anormaux laissés en marge des institutions existantes, et conçus dans une formule conforme aux résultats acquis dans cette branche de la médecine.

Dès 1934, les représentants les plus autorisés de la pédiatrie et de la psycho-pédiatrie s'étaient intéressés à ce programme et, réunis en Comité technique sous la présidence du Professeur Laignel-Lavastine, assisté par le D^r Huber, avaient examiné et approuvé un projet et des plans de centre hospitalier modèle de neuro-psychiatrie infantile (7).

Deux réalisations ont été mises en œuvre aussitôt par les Frères Hospitaliers de Saint-Jean-de-Dieu, dans leurs domaines de Doulon (près Nantes) et la Villettertre (près Pontoise). Cette société poursuivait le but, éventuellement, de décongestionner leurs établissements faisant fonction d'asiles publics de Lyon, Lille, Dinan (Côtes-du-Nord) et la Cellette (Corrèze), contraints d'admettre des adolescents et des enfants ; mais surtout de compléter son Œuvre de rééducation des jeunes infirmes de la rue Lecourbe à Paris, devenue insuffisante avec ses 350 lits (dont des servitudes limitent l'extension), qui avait été complétée déjà par un Sanatorium marin au Croisic (8).

L'Institut Médical de Doulon, ouvert en 1935, est aménagé dans un domaine dit « la Papotière », situé aux abords immédiats de Nantes, comprenant une dizaine d'hectares de terrains maraîchers, des services généraux d'orphelinat et 3 pavillons qui se sont prêtés facilement aux transformations nécessaires. Au rez-de-chaussée, réfectoire, salle de jeux manuels, salle d'occupations intellectuelles. A l'étage, dortoirs. L'assiette et l'importance des services généraux permettent d'édifier une série de pavillons du même type.

L'Institut Médical de la Villettertre a ouvert en 1936 son premier pavillon. L'Institut Médical de la Villettertre dispose d'un vaste domaine d'un millier d'hectares de bois, étangs et terres de culture, situé à 50 kilomètres de Paris (1 heure de route ou de chemin de fer).

Le projet comporte 14 pavillons (9), un groupe d'infirmerie et des services généraux. Les 14 pavillons s'édifieront parallèlement sur deux rangées, longs de 30 mètres, larges de 8, distants de 20. Chacun comprend, au rez-de-chaussée, une galerie d'exposition, une grande salle formant réfectoire et réservée aux occu-

pations manuelles, une autre réservée aux occupations intellectuelles, et 50 lits en dortoir sur deux étages.

Seul, le pavillon d'infirmier est actuellement en service. Lui seront annexés une salle de culture physique et une piscine. Ce pavillon comporte : au rez-de-chaussée, cabinet médical, salles de pansements, d'opérations, de radiographie, d'actinothérapie, d'électrothérapie, pharmacie, laboratoire et morgue ; à l'unique étage, une infirmerie-lazaret, comprenant actuellement 50 lits, presque tous en boxes individuels ou boxes de 4 lits.

Fonctionnement des services de Doulon et la Villetterre en 1936. — Voici les caractéristiques du fonctionnement de ces deux services en 1936, présentés globalement, avec le minimum de commentaires :

1° *Lits.* — Le nombre total des lits prévus atteint 900, 150 pour Doulon et 750 pour la Villetterre.

Au 31 décembre 1936, 150 lits sont en service, 100 à Doulon, 50 à la Villetterre.

2° *Mouvement en 1936.* — 107 entrées, dont 62 à Doulon et 45 à la Villetterre.

3° *Répartition des entrées selon l'âge.* — Le règlement dispose que les Instituts reçoivent les garçons de 5 à 18 ans.

Les entrées se répartissent ainsi, selon l'âge :

de 5 à 7 ans	10 0/0
de 7 à 10 ans	25 0/0
de 10 à 14 ans	42 0/0
de 14 à 18 ans	23 0/0

Plus du tiers de ces enfants auraient donc été évincés des classes et internats de perfectionnement en raison de leur âge.

4° *Répartition des entrées selon le diagnostic.* — Précisons d'abord que l'admission de tout enfant est subordonnée, du point de vue de la symptomatologie, à la production de deux certificats :

1° *Certificat de l'instituteur* de l'enfant, ou de l'instituteur de l'école dont il relève, attestant l'impossibilité du maintien ou de l'admission en raison des troubles présentés.

2° *Certificat médical détaillé* du médecin de famille ou du médecin inspecteur de l'école, concluant formellement à la cure et à la rééducation dans un Institut Médical,

3° Et à une visite passée par l'un de nous.

La vaste catégorie des *instables* forment le fond du recrutement, 45 0/0, dont :

Instables avec troubles moteurs (athétose, chorée, tics, débilité motrice)	15 0/0
Instables psychiques purs et assimilés	30 0/0
Les <i>épileptiques</i> sont ainsi représentés :	
Comitiaux avec crises	5 0/0
Epileptoïdes	2 0/0
Enurésiques	4 0/0

Les sujets présentant des séquelles d'encéphalites, poliomyélites, méningites, convulsions graves de l'enfance, fournissent un pourcentage de 10 0/0

Enfin viennent :

Mongoliens	8 0/0
Dysendocriniens et assimilés	12 0/0
Débiles apathiques	10 0/0
Débiles du langage	4 0/0

5° *Traitement et rééducation*. — L'hydrothérapie, cure de choix de l'instabilité, en forme la base, actuellement en bains prolongés en baignoire individuelle, bientôt en piscine collective.

Elle se complète d'actinothérapie, pauses silencieuses, gymnastique, mécanothérapie, massage, culture physique.

La rééducation commence par la gymnastique rythmique, les jeux, les sports à l'extérieur. A l'intérieur, chants, jeux éducatifs, méthodes éducatives sensorielles par séances de 45 minutes.

L'on s'attache surtout à l'éducation manuelle, bricolage, usage des outils simples. Profitant des résultats publiés sur le reclassement et l'avenir des enfants anormaux (10) (11) et poursuivant l'objectif essentiel d'armer l'enfant pour qu'il se suffise à lui-même dans la vie, nous renonçons, chez la plupart, à l'enseignement d'un métier urbain. Au contraire, nous nous efforçons d'organiser un enseignement horticole solide et, plus tard, nous utiliserons les ressources du voisinage des deux Instituts pour le placement des anciens hospitalisés dans les exploitations agricoles ou maraîchères.

Voici l'emploi du temps des enfants en traitement, une fois terminée la période d'observation :

Horaire : 7 h. 15, lever, toilette ; 7 h. 45, premier repas, *médications* ; 8 h. 15, *occupation* à l'intérieur (dortoir) ; 8 h. 45, *gymnastique* respiratoire à l'extérieur ; 9 h., *gymnastique* à l'intérieur, massage, mécanothérapie ; 9 h. 45, *occupation* à l'extérieur,

jardinage ; 10 h., *actinothérapie* ; 10 h. 45, *occupation instructive* à l'intérieur ; 11 h., *récréation* ; 11 h. 45, *déjeuner, médications* ; 12 h. 30, *pause, repos et silence* ; 14 h., *promenade* ; 15 h., *visite médicale ou occupation instructive* ; 16 h., *hydrothérapie* ; 16 h. 30, *goûter* ; 18 h., *occupation manuelle* à l'intérieur, *bricolage* ; 18 h. 15, *récréation* ; 19 h., *dîner, médications, récréation et coucher* (20 h.).

6° *Répartition des sorties.* — Bien qu'elle n'offre encore aucune indication d'ensemble, nous apportons à titre documentaire pour être complets cette répartition pour les sorties peu nombreuses survenues en 1936 :

Amélioration et reclassement	4 0/0
Amélioration et sortie avant la fin du traitement	23 0/0
Exclusion en cours d'observation	26 0/0
Exclusion en cours de traitement	26 0/0
Enfants repris par les familles contre avis médical	15 0/0
Evasion	3 0/0
Internement ou placement en maison d'éducation surveillée	3 0/0
	<hr/>
	100 0/0

Les chiffres de cette première année demeurent malheureusement hors de proportion avec les besoins à satisfaire et les demandes en suspens.

BIBLIOGRAPHIE

1. LAIGNEL-LAVASTINE et G. D'HEUCQUEVILLE. — Statistique du service de psychiatrie d'urgence de la Pitié : rôle des services ouverts des hôpitaux. *Ann. Méd. psych.*, 1936, N° 3.
2. BERSOT. — *Que fait-on en Suisse pour les malades nerveux et mentaux*, 1 vol. Huber, Berne, 1936.
3. PETIT. — L'assistance aux enfants déficients et délinquants en Allemagne, Italie, U.R.S.S. *Hygiène Mentale*, 1936, N° 9, p. 201.
4. POINDRON. — Essai de statistique sur les établissements hospitaliers de la Seine. *Bull. de l'Off. Central des Œuvres*, mai 1936.
5. *Loi du 15 avril 1909*, fascicule du 21 juin 1909. Muzard, Paris.
6. RAYNIER et MARTIMOR. — L'assistance aux enfants anormaux. *Bull. Soc. Binet*, février-mars 1934.
7. G. D'HEUCQUEVILLE. — La thérapeutique neurologique intensive appliquée en internat aux enfants insuffisants. *Revue Méd.-Soc. de l'Enfance*, 1935, N° 5, p. 342.

- 8 Les Instituts Médicaux des Frères de Saint-Jean de Dieu. *Bull. Off. Central des Œuvres*, mai 1936.
9. G. D'HEUCQUEVILLE. — Le mouvement « médical » pour l'enfance insuffisante et ses réalisations. *Aliéniste Franç.*, 1935, N° 4, p. 189.
10. HALLU. — L'avenir professionnel des enfants anormaux et délinquants. *Thèse de Droit*, Paris, 1935.
11. PAUL-BONCOUR. — *Congrès International de l'Enfance*, Paris, 1933, p. 95.

M. BRISSOT. — Dans de tels établissements, un enseignement scolaire, sous la direction d'un instituteur spécialement diplômé, devrait compléter le traitement. Il est certainement plusieurs de ces enfants qui guériront ou, tout au moins, s'amélioreront suffisamment pour prendre place dans la société. Et le défaut d'instruction, le manque du certificat d'études, entravera énormément leur adaptation.

Le travail agricole n'est pas le seul qu'on doive leur enseigner. C'est le seul que nous ayons à Vaucluse. Mais nous allons ouvrir d'autres ateliers manuels. Il faut, comme nous l'avons vu dans les asiles suisses, et notamment à Liestal, que les sujets puissent choisir l'apprentissage du métier qui leur plaît.

M. BAUER. — Nous estimons que l'enseignement scolaire est indispensable dans les hôpitaux psychiatriques pour enfants. Deux enfants du service médico-pédagogique de Naugeat, hospitalisés pour déséquilibre grave au point de ne pas pouvoir être gardés à l'école primaire, ont pu récemment, en même temps, être soignés avec succès médicalement et être préparés au Certificat d'études qu'ils ont réussi à passer.

Nous attirons également l'attention sur les centres de placement familial, à proximité d'établissements de neuropsychiatrie infantile. Avec la collaboration de Mlle Poudouneix, de la Section de Limoges, des S.S.B.M., nous avons pu organiser, il y a plusieurs années, un placement familial. Les enfants sont placés, dès qu'ils sont suffisamment améliorés, comme domestiques, dès le début, avec de petits gages qui augmentent progressivement selon les résultats du placement. Les épileptiques, placés dans ces conditions, continuent à être soignés gratuitement, grâce à une initiative prise par la direction de l'asile. Ces placements sont réservés surtout aux orphelins. Mais nous avons également constaté les résultats bienfaisants chez des enfants provenant d'un milieu familial défavorable dans lequel il est opportun d'éviter le retour. Bien entendu, une surveillance étroite des enfants est indispensable de même qu'un triage sévère des familles auxquelles on les confie.

M. F. ADAM. — Je m'étonne également qu'on puisse concevoir des services de psychiatrie infantile sans école. Certes, il n'y a pas lieu de pousser à l'excès, comme on l'a fait aux Etats-Unis et en Allemagne, les spécialisations scolaires, mais il faut prévoir un minimum d'instruction. C'est ce que l'on a fait en Alsace.

M. H. BARUK. — La France est incontestablement en retard. Mais elle a été l'initiatrice de l'enseignement médico-pédagogique au sens propre du mot. L'œuvre de Bourneville à Bicêtre servit de modèle à toutes les autres ; elle n'avait rien omis, ni la rééducation physique, ni la rééducation psychologique, ni l'instruction.

M. René CHARPENTIER. — Cela n'est pas oublié. Aux Etats-Unis, en particulier, il est rendu pleinement hommage au rôle des précurseurs français. Dans l'Etat de Massachusetts, où se trouvent de remarquables établissements d'assistance aux enfants anormaux, j'ai eu l'émotion de voir, dans l'un d'eux, à Wrentham si mes souvenirs sont exacts, une salle où est pieusement conservé et mis en évidence le matériel de Séguin. Cette pièce porte même le nom de « Salle Séguin ».

M. H. BARUK. — Depuis Itard jusqu'à Bourneville, en passant par Séguin, ce sont des Français qui furent les premiers médecins éducateurs de l'enfance anormale.

M. G. D'HEUCQUEVILLE. — Il ne faut pas confondre l'école avec un service hospitalier. Nous espérons pouvoir un jour, comme à Limoges, placer les enfants dans des familles. Mais quant aux travaux d'ateliers, je rappelle que, d'après un rapport de M. Paul Boncour, en 1933, l'expérience a montré que les enfants anormaux qui ont pu, dans l'établissement, se livrer à divers travaux manuels autres que l'agriculture échouent dans ces mêmes travaux lorsqu'ils veulent y gagner leur vie au sortir de l'établissement.

M. Raoul LEROY. — J'ai été heureux d'entendre rappeler ici le nom de l'instituteur Séguin. Je lisais dernièrement son *Traitement moral des idiots de 1846*. Et il est de mon devoir de rappeler une phrase charmante, citée de mémoire, et rappelant ce qu'il avait fait d'une idiote microcéphale et rachitique, Pauline R... : « Je l'ai revue depuis plusieurs fois ; la dernière, c'était au bal ; elle y tenait, du moins en apparence, très bien sa place : je ne la vis point parler à son danseur, mais, après la contredanse, elle retourna près de sa mère et lui parla quelque temps avec une

volubilité accentuée qui me fit plaisir... Ses attitudes ne manquaient pas d'une certaine cambrure ; on voyait que, depuis moi, elle avait été à bonne école. J'eus envie de lui adresser la parole : qui donc pouvait lui dire, mieux que moi, combien elle était embellie depuis le moment où elle me crachait à la figure quand elle essayait de faire mouvoir ses lèvres. Mais comme il aurait fallu lui dire qu'elle était ravissante, j'ai pensé que son cavalier s'en acquitterait mieux que moi, et je me suis retiré plein d'une orgueilleuse tristesse. »

M. René CHARPENTIER. — M. Brissot a soulevé un point qui mériterait sans doute une plus ample discussion. Il déclare, en effet, qu' « il faut que les sujets puissent choisir le métier qui leur plaît ». A une époque où tant d'efforts s'exercent en faveur d'une orientation professionnelle rationnelle, cette opinion exprime sans doute insuffisamment sa pensée, car, s'il y a lieu de tenir compte, dans une certaine mesure, des goûts des sujets, ces goûts ont bien besoin d'être dirigés. Ils pourraient, sans cela, ménager à ces débiles intellectuels, dont l'auto-critique est inexistante ou insuffisante, d'amères déceptions dans l'avenir. Il est nécessaire que des méthodes scientifiques d'orientation professionnelle écartent ces obstacles de leur route en les dirigeant vers des occupations qu'ils soient capables d'accomplir de façon à la fois efficace et durable.

Contribution à la biologie du brome encéphalique (hormones sédatives) : expérimentation physiologique et clinique du dibromocholestérol, par MM. Georges d'HEUCQUEVILLE et Charles LECLERCQ.

Depuis plusieurs années, nous expérimentons, en physiologie et en clinique, un lipoïde bromé, le *dibromocholestérol*.

Voici une vue d'ensemble des faits acquis, auxquels l'un de nous consacre sa thèse (1) (2).

Notre travail procède des vues de Zondeck et Bier sur le brome cérébral et les hormones bromées sédatives. Rappelons-les succinctement.

RÉSULTATS DE ZONDECK ET BIER

Les conceptions de Zondeck et Bier reposent sur les dosages du brome sanguin, mesure rendue possible depuis peu par les méthodes de Pincussen et Roman.

Par cette méthode et ensuite par d'autres, Pincussen, Quattel et Yates, Zondeck et Bier (3) (4), Gonzalez (5), Urechia et Retezeanu (6), ont établi que la *bromémie*, taux du brome dans le sang, se maintenait aux environs de 10 mgr par litre, avec une constance remarquable.

Ce taux moyen ne subit nulle influence, ni de la saison, ni de la menstruation, ni du régime, ni de la salure des aliments. Il demeure constant dans toutes les affections organiques, goître exophtalmique, néphrites, cancers, asystolie, tuberculose, maladies infectieuses. De même, dans la plupart des affections neuropsychiatriques : Gonzalez a mis en évidence toutefois une certaine *hyper-bromémie* dans les syndromes parkinsoniens post-encéphalitiques.

Mais surtout Zondeck et Bier, Gonzalez, Urechia et Retezeanu, Sacristan et Peralta (7), ont mis en évidence une *hypobromémie* considérable, chute du taux du brome sanguin de plus de moitié, dans les syndromes psychiatriques d'*excitation*, d'*anxiété* et d'*insomnie* graves (accès maniaques et mélancoliques en premier lieu).

L'hypobromémie apparaît quelques jours avant l'accès et disparaît quelques jours avant la guérison. Son intensité varie avec l'intensité des symptômes. Le taux du brome diminue parallèlement dans le liquide céphalo-rachidien.

D'autre part, la teneur en brome de l'hypophyse s'abaisse dans l'*âge avancé* de la vie. Zondeck et Bier (8) montrent que la teneur en brome de l'hypophyse, à l'état normal de 150 à 300 mgr., s'abaisse au-dessous de 100 mgr. chez l'homme de 45 à 50 ans. Chez la femme à la ménopause, cette teneur varie entre 114 mgr. et 0. Chez le vieillard de 75 ans, l'hypophyse ne renferme plus que des traces indosables de brome.

Enfin, dans le sommeil, chez le chien, Zondeck et Bier ont mis en évidence un mouvement remarquable dans le brome de cette région (9). La teneur en brome de l'hypophyse antérieure (de 150 à 300 mgr. à l'état de veille) s'abaisse aux environs de 60 mgr. dans le sommeil. En revanche, le tronc cérébral voit sa teneur en brome s'élever de 40 à 60 mgr. environ. La répartition normale se rétablit dans les heures qui suivent le réveil.

Zondeck et Bier ont émis alors l'hypothèse que le brome circulait dans le sang sous la forme d'une *hormone*, sécrétée par l'hypophyse antérieure, comme l'iode circule sous la forme d'une hormone thyroïdienne.

Pour confirmer l'hypothèse, il fallait isoler l'hormone bromée hypothétique, et vérifier, par l'expérience, qu'elle se comportait comme une hormone sédatrice, facteur d'inhibition et de sommeil.

Or aucune des hormones connues ne renferme trace de brome.

Zondeck et Krohn avaient bien déjà mis en évidence une *hormone pigmentaire* hypnogène, sécrétée par le lobe moyen de l'hypophyse, sous l'excitation de l'obscurité extérieure, transmise par les voies optiques. Zondeck et Bier d'autre part sont parvenus à extraire de l'hypophyse une préparation de propriétés inhibitrices. Ils ont obtenu enfin des effets analogues avec un dérivé de la thyroxine, par substitution du brome à l'iode.

Tous ces faits plaident en faveur de l'hypothèse des hormones sédatives, mais ne suffisent pas à l'établir indiscutablement puisque l'hormone synthétique n'a pas encore pu être individualisée...

En revanche, Zondeck et Bier ont établi définitivement que le brome agit dans l'organisme, non à l'état ionique ou salin, mais à l'état organique fixé sur une molécule organique ou une micelle colloïdale.

Cette hypothèse se trouve confirmée par les recherches menées sur l'état physico-chimique du brome sanguin. De même que l'iode, pour les 2/3, circule dans le sang véhiculé par des molécules organiques, de même l'on retient, sur les membranes filtrantes, 63 à 88 0/0 du brome du sérum, compte tenu de la proportion du brome globulaire, 86 0/0 environ (Guillaumin et Merejkowski) (10) la proportion du *brome organique* sanguin peut s'évaluer à 80 à 90 0/0.

Le brome ionisé formerait donc une masse totale de 1 à 2 mgr. seulement dans le sang ; masse négligeable du point de vue physiologique, puisque des injections intra-veineuses de bromures, correspondant à des doses plusieurs centaines de fois supérieures, parviennent à peine à déterminer l'inhibition et le sommeil.

Dernièrement, Hermann et Freund (11) ont préparé des *acides gras monobromés*, toxiques dès la dose de 7 cgr. (1 cgr. de brome), chez le lapin, alors que le bromure de sodium n'est toxique qu'à la dose de 2 gr. 9 (par kilo). A dose plus faible, on n'a pas obtenu d'action narcotique nette, chez l'homme pas de bromisme. Les substances monobromées présenteraient un pouvoir de pénétration spéciale dans les lipoïdes cérébraux (Hober).

Le *dibromocholestérol*, obtenu dès 1868 (Wisclénus et Moldenhauer), commercialisé sous le nom de *Sed'Hormone*, a pour formule brute $C_{27}H_{46}Br_2$. Il est peu soluble dans l'eau, très soluble dans l'huile d'olive : son coefficient de partage entre les lipides et le plasma doit donc être aussi très élevé (Overton et Mayer).

EXPÉRIMENTATION PHYSIOLOGIQUE DU DIBROMOCHOLESTÉROL

Nous avons utilisé, chez l'animal, une solution injectable de dibromocholestérol dans l'huile d'olive, renfermant (en brome) 1 cgr. 5 par centimètre cube.

Comme animal d'expérience, nous avons choisi la souris blanche, à laquelle se sont adressés nombre d'auteurs pour des recherches analogues. Ses réactions, bien connues, sont d'interprétation aisée (12).

Quand on lui administre, à doses croissantes, un agent pharmacodynamique neurotrope, d'action principale inhibitrice, le comportement de la souris présente la série de modifications suivantes :

1° *Effet sédatif léger, torpeur au repos, réactions ralenties et incomplètes, perte de l'appétit, lourdeur du train postérieur, maladresse des mouvements :*

Observé avec la solution huileuse de dibromocholestérol, à la dose de : 0 gr. 001 (0 gr. 04 par kilo).

2° *Effet sédatif profond, perte de la localisation des excitations, perte de l'initiative motrice, catatonus, conservation de la position d'équilibre instable imposée, augmentation de poids :*

Observé avec la solution huileuse de dibromocholestérol, à la dose de : 0 gr. 003 (0 gr. 12 par kilo).

Voici un protocole d'expérience dont la planche ci-contre représente 3 phases successives :

Dose de 7 mg. 5. Souris de 25 gr. 5, vive, qui grimpe, se défend ; rythme : 220.

Après 9 minutes, se lèche, se gratte, réagit bien au bruit, peu au pincement, demeure quand on la met sur le bord du bocal ;

Après 15 minutes, catatonus de la queue (*cliché supérieur*) ; se lèche, se gratte, réagit au bruit, mais moins que ses voisines ;

Après 22 minutes, catatonus, fuit impulsivement quand on l'approche, se lèche, voyage, absence de négativisme ;

Après 30 minutes, catatonus marqué (*cliché moyen*), rythme : 230 ;

Après 40 minutes, catatonus, demeure sur le rebord du bocal indéfiniment en équilibre (*cliché inférieur*) ;

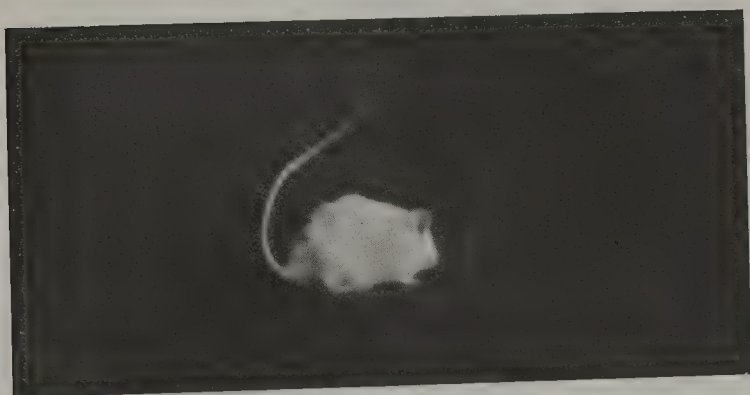
Après 4 heures, catatonus, se gratte, circule, réagit au bruit, peu au pincement, bien vivante, reste immobile sur le rebord du bocal, poids : 25 grammes.

Après 6 h. 30, semble peu agile à se maintenir en équilibre, s'agite, puis s'assoupit, rythme : 230 ;

Le lendemain, plus agile, mais le *catatonus persiste*.



15 minutes après l'injection



30 minutes après l'injection



40 minutes après l'injection

(EQUILIBRE INSTABLE SUR LE REBORD DU BOCAL)
 INJECTION DE DIBROMOCHOLESTÉROL CHEZ LA SOURIS (DOSE EN BROME : 7 MGRS 5).

3° *Premiers phénomènes toxiques, ralentissement du rythme cardiaque, hoquet :*

Observé avec la solution huileuse de dibromocholestérol, à la dose de : 0 gr. 01 (0 gr. 4 par kilo).

4° *Narcose vigile*, l'animal sur le flanc, réagissant encore aux excitations, stade de l'anesthésie de base :

Observé avec la solution huileuse de dibromocholestérol, à la dose de : 0 gr. 02 (0 gr. 8 par kilo).

5° *Narcose profonde*, coma, abolition des réflexes, ralentissement extrême du rythme cardiaque, incontinence sphinctérienne, stade de l'anesthésie générale profonde.

Observé avec la solution huileuse de dibromocholestérol, à la dose de : 0 gr. 05 (2 gr. par kilo).

6° *Coma toxique*, avec décharges convulsives, mort après plusieurs jours sans réveil :

Observé avec une solution huileuse de dibromocholestérol, à la dose de : 0 gr. 10 (4 gr. par kilo).

7° *Intoxication rapide mortelle.*

Jamais observée.

Il est instructif de comparer cette expérimentation à une expérimentation parallèle, menée avec le bromure de sodium. Injecté en solution aqueuse à 5 0/0, ce dernier détermine les quatre effets physiologiques successifs aux doses respectives (en brome) de 0 gr. 8, 2 gr., 4 gr., 4 gr. 8, 6 gr. et 12 gr. par kilo.

Aussi, la dose liminaire (en brome) est *vingt fois moins* élevée pour le dibromocholestérol que pour le bromure de sodium : l'action du dibromocholestérol apparaît donc irréductible à l'action du brome ionisé.

D'autre part, dans la zone toxique, les doses équivalentes de brome organique (dibromocholestérol) et ionisé (NaBr) se rapprochent : la première dépasse le tiers de la seconde.

Le schéma n° 1 (où sont portés en abscisses, pour plus de clarté, non les doses, mais leurs logarithmes, et où la courbe de gauche se rapporte à l'*avertine*, anesthésique général tri-bromé) illustre ce rapprochement dans la zone toxique.

Pour rendre compte de ces faits, il faut admettre que l'action du brome organique du dibromocholestérol, à faible dose, appartient à la classe des actions diastasiques, actions hormonales pour rejoindre les conceptions de Zondeck et Bier. *Il inhibe les centres à faible dose, mais cette action ne se multiplie pas avec les doses* comme les actions hypnotiques ou sédatives toxiques,

puisque la toxicité du brome organique ne dépasse guère la toxicité du brome ionisé.

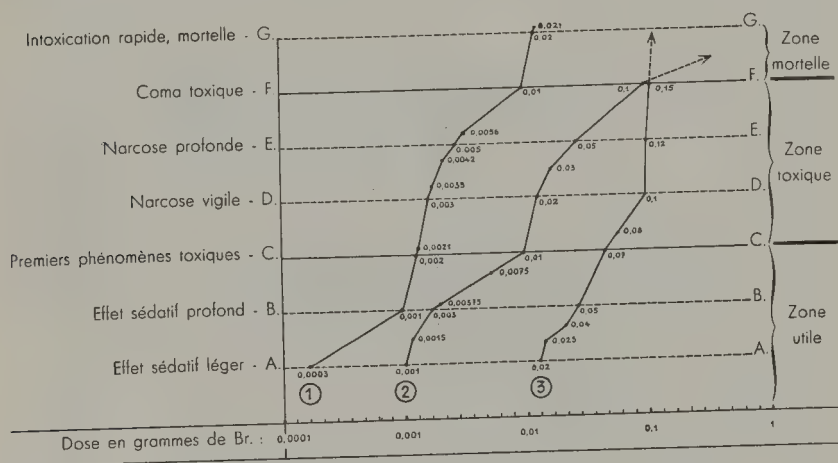


SCHÉMA N° 1

Actions comparées du dibromocholestérol, de l'avertine et du NaBr₂.

EXPÉRIMENTATION CLINIQUE DU DIBROMOCHOLESTÉROL

Exprimés en langage thérapeutique, ces faits présentent un incontestable intérêt : la « marge utile » du dibromocholestérol (chez la souris) serait notablement plus étendue que la marge utile du bromure de sodium : par kilo de 4 cgr. à 2 gr., 50 fois la dose *liminaire* (au lieu de 0 gr. 8 à 4 gr. 8, 6 fois la dose *liminaire*), donc 8 fois plus.

Chez l'homme, nous avons utilisé une solution huileuse de dibromocholestérol renfermant en bromé 2 cgr. 5 par centimètre cube. Nous avons, en outre, administré le dibromocholestérol par voie digestive (pilules et suppositoires de Sed'Hormone renferment respectivement 2 et 5 cgr. de brome organique).

Nous avons expérimenté le dibromocholestérol chez une centaine de malades de notre service de l'Asile de Bailleul, épileptiques et excités.

Chez 2 *épileptiques* sur 3 environ, nous avons obtenu un effet inhibiteur notable sur le déterminisme des accès : nous avons pu substituer le dibromocholestérol (partiellement ou intégralement) au gardénal, que la plupart des comitiaux prennent en permanence.

Voici trois observations d'épileptiques avec courbe des crises (par période de 5 jours) :

1° Abr..., 53 ans.

A l'asile depuis deux ans. Déjà internée antérieurement pendant six ans pour : affaiblissement intellectuel sur fond de débilité mentale et en rapport avec de l'épilepsie à crises assez fréquentes, malgré le traitement par le gardénal ; troubles du caractère : irritabilité, colère et impulsions violentes chez elle ; ici, calme et docile, euphorique, désorientée, illettrée.

Examen somatique : pupilles inégales, irrégulières, réflexes cutanés plantaires en flexion, tendineux vifs ; cœur sourd ; pouls : 84 ; tension artérielle : 14/7 ; maigreur ; nombreuses cicatrices de chutes, cicatrices de brûlure à l'avant-bras droit.

Traitement : 0,25 de gardénal. Crise : 1 jour sur 2.

Premier essai de substitution :

pendant 6 jours : gardénal : 0,20 et 1 pilule : 1 crise.

pendant 8 jours : gardénal : 0,15 et 2 pilules : 2 crises.

pendant 5 jours : gardénal : 0,10 et 3 pilules : 1 vertige.

pendant 5 jours : gardénal : 0,05 et 4 pilules : 3 crises, 1 vertige.

La malade est calme, non confuse, toujours euphorique et obséquieuse, se trouve très bien. Amélioration évidente : 6 crises, 2 vertiges en 24 jours, au lieu de 12 à 15 crises avec le gardénal.

Deuxième essai tenté six mois plus tard, jusqu'à remplacement total du gardénal pendant plusieurs mois.

Le schéma n° 2 montre la courbe du nombre de crises par période de 5 jours, pendant 130 jours.

Quelques mois plus tard, on remplace les pilules par des suppositoires. Le résultat est peu probant : la malade ne conserve pas les suppositoires, et le nombre des crises s'élève à nouveau.

Mais, avec les pilules, nous sommes parvenus à sevrer entièrement de gardénal cette malade, en diminuant le nombre de crises.

2° Hur..., 35 ans.

A l'asile depuis quatre ans. Débilité mentale avec comitialité et troubles du caractère.

Examen somatique : négatif.

Traitement : 0,30 de gardénal. Crises : 7 par mois.

On entreprend la même épreuve en remplaçant 0,05 de gardénal par 1 pilule par période de 5 jours, jusqu'à remplacement total des 30 centigrammes de gardénal par 6 pilules.

Le schéma n° 3 montre l'évolution des crises.

La malade est assez souvent obnubilée, à l'époque de ses règles surtout. Mais cet inconvénient ne balance pas la diminution des crises et le sevrage des barbituriques.

3° Jau..., 35 ans.

A l'asile depuis deux ans pour « manifestations comitiales espacées avec troubles du caractère. Nombreuses cicatrices de plaies et brûlures par chutes au cours de crises convulsives. Caractère parfois difficile, avec bouderie ».

Examen somatique : pupilles égales et régulières, réflexes pupillaires normaux, réflexes tendineux normaux, cutanés plantaires en flexion ; examen viscéral négatif ; tension artérielle : 16/9.

Traitement : 0,25 de gardénal. Crises : 20 par mois.

Premier essai :

pendant 6 jours : gardénal : 0,20 et 1 pilule : 2 crises.

pendant 8 jours : gardénal : 0,15 et 2 pilules : pas de crise.

pendant 5 jours : gardénal : 0,10 et 4 pilules : 1 vertige.

pendant 2 jours : gardénal : 0,05 et 5 pilules : 2 crises.

Soit 4 crises plus 1 vertige pendant 21 jours.

Mais la malade est excitée, confuse, prétend qu'on a tué son père ; isolement nécessaire ; on reprend l'ancien traitement : gardénal, 0,25 par jour.

Cette malade présente, vers les époques menstruelles, des troubles du caractère accompagnés d'état confusionnel qui nécessitent périodiquement son isolement en chambre.

Deuxième essai poursuivi jusqu'à substitution complète du gardénal par le dibromocholestérol, et prolongé pendant plusieurs mois.

Le schéma n° 4 montre une nette diminution des crises.

En résumé, malgré l'accès confusionnel observé après le premier essai, résultat favorable.

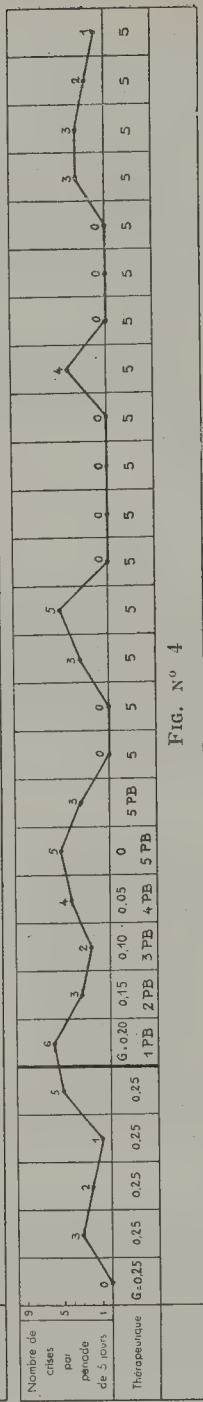
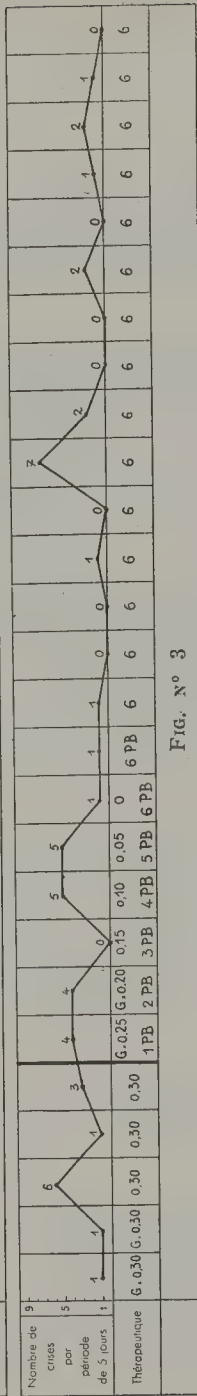
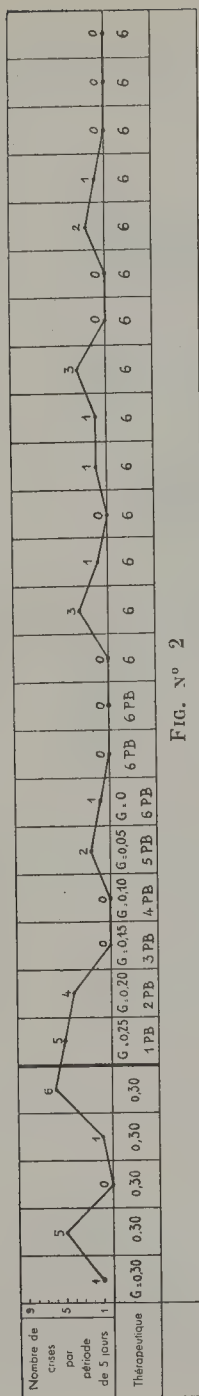
Dans les *excitations, anxiétés et insomnies* de nos malades, les résultats confirment les vues de Zondeck et Bier. Nous avons obtenu, en effet, des sédations très supérieures à celles des thérapeutiques usuelles, dans les syndromes mêmes où ces auteurs avaient décelé un déficit bromé, sanguin ou hypophysaire ; excitations, anxiétés et insomnies de nature mélancolique ou maniaque, excitations, anxiétés et insomnies de la ménopause et de l'âge avancé.

Voici trois observations, relatives respectivement à une *maniaque*, une *pré-sénile* et une *sénile* excitées :

1° Der., 24 ans.

A l'asile pour « excitation du type maniaque d'origine puerpérale ; accouchement trois semaines auparavant ». Déjà internée trois fois pour des accès antérieurs analogues, en relation chaque fois avec des périodes importantes de sa vie génitale : suite de couches, grossesse, suite de couches.

L'examen physique ne révèle aucun trouble organique profond ; tension artérielle : 12/8 ; pouls : 66 ; pupilles irrégulières, inégales,



réflexes pupillaires normaux ; réflexes tendineux vifs ; réflexe oculo-cardiaque nul ; pas de température ; lait dans les seins.

On essaie de calmer l'excitation intellectuelle et l'agitation motrice par une potion de bromure et de valériane, soit 3 grammes de bromure par jour ; cette médication est continuée pendant quinze jours, sans amener de sédation appréciable ; la malade est sans cesse en mouvement.

On donne deux pilules de dibromocholestérol par jour ; dès le lendemain, la malade repose toute la nuit ; au réveil, elle est très présente, sans obnubilation, plus calme, elle commence à s'occuper.

On essaie un barbiturique à la dose de 0 gr. 20 *pro die*. La malade dort profondément, mais le matin, au réveil, présente de la céphalée, avec confusion ; paraît nettement intoxiquée.

Nouvel accès d'excitation ; la malade reçoit à nouveau trois pilules en 24 heures. Le lendemain, la malade, qui a bien dormi, se montre plus calme ; six jours après, retourne à son travail.

2° Des., 46 ans.

Entrée à l'asile pour « dépression, idées délirantes, de persécution, délire mystique avec périodes de mutisme absolu et stéréotypies extatiques ». Logorrhée monotone et stéréotypée avec agitation, réticence, discordance.

Examen physique : réflexes tendineux vifs, symétriques ; pouls : 72 ; tension artérielle : 16/9 ; pupilles normales, mais paresseuses ; petit tremblement de la langue. Ménopause depuis deux ans. Insomnie.

On donne deux pilules par jour. Sommeil de huit à neuf heures par nuit dès la première nuit.

On cesse la médication ; la malade ne dort plus que trois heures par nuit.

Après quatre jours de repos, on ordonne à nouveau deux pilules ; à nouveau, la malade repose de huit à neuf heures par nuit ; elle commence à s'occuper, s'alimente ; beaucoup plus calme, mais encore hypomaniaque ; elle écrit beaucoup.

Sort bientôt guérie.

3° Par., 73 ans.

Internée pour « affaiblissement intellectuel portant sur la mémoire et l'attention ; jovialité, indifférence, fabulation, radotage, quelques illusions sensorielles, quelques idées de préjudice et de persécution, turbulence nocturne et diurne ; désorientation, ictus ».

Examen physique : pouls : 96 ; tension artérielle 22/10 ; cœur : bruits assourdis à la base, vibrants à la pointe, pupilles régulières, inégales, réflexes pupillaires normaux ; réflexes tendineux vifs, polycinétiques, cyanose des extrémités. La malade parle seule sans repos, surtout la nuit. Insomnie.

Après avoir essayé sans succès quelques hypnotiques des moins

toxiques, en raison de l'état physique de la malade, on essaie une pilule par jour ; la malade repose toute la nuit qui suit. On continue ainsi sept jours avec le même résultat.

On cesse le médicament ; la malade ne dort plus que deux ou trois heures par nuit. On donne à nouveau deux pilules par jour, à 17 heures. Elle dort de six à huit heures par nuit. Réflexes toujours vifs ; tension artérielle sans changement.

On cesse cette thérapeutique après cinq jours ; la malade dort peu depuis lors.

En raison d'un renouveau de turbulence, on recommence à donner deux pilules ; dès le lendemain, la malade dort cinq heures ; les jours suivants, son sommeil augmente et varie de huit à neuf heures. La médication est continuée, toujours avec succès.

On diminue la dose de moitié, la malade étant somnolente dans la journée ; elle reçoit une pilule le soir et continue à bien dormir.

Réflexes moins vifs ; tension artérielle 23/12.

Comme chez l'animal, ces résultats correspondent à des doses de brome organique hors de comparaison avec les doses de brome minéral utilisées dans le traitement de l'épilepsie et des excitations, 1 à 10 cgr. au lieu de 1 à 10 gr. (de l'ordre de 100 fois moindres).

CONCLUSIONS

Sans tirer, de ces résultats, des conclusions prématurées, sans prétendre avoir préparé synthétiquement l'hormone de Zondeck et Bier, concluons cependant que ces résultats viennent à l'appui de leurs hypothèses.

BIBLIOGRAPHIE

1. Georges d'HEUCQUEVILLE et LECLERCQ. — Brome, Inhibition, Sommeil, Hormones sédatives. *Le Bulletin Médical*, 16 janvier 1937, N° 3, p. 35.
2. LECLERCQ. — Application thérapeutique de vues biologiques nouvelles sur le brome (Hormones sédatives). *Thèse de Lille*, 1937.
3. ZONDECK et BIER. — Brom in Blut bei manisch depressivem Irresein. *Klin. Woch.*, 1932, N° 15, p. 633.
4. ZONDECK et BIER. — Brom in Blut bei Psychosen. *Klin. Woch.*, 1933, N° 2, p. 55.
5. GONZALEZ. — Fisiologia y patologia del metabolismo del bromo. *Arch. méd., Cir. y esp.*, 1933, N° 10, p. 281.
6. URECHIA et RETEZEANU. — *C.R. Soc. Biol.*, 1933, N° 112, p. 411, et *Presse Méd.*, 1935, N° 35, p. 701.
7. SACRISTAN et PERALTA. — *Arch. f. Neurobiol.*, 1933, N° 1, p. 39.
8. ZONDECK et BIER. — Der Bromgehalt der Hypophyse und seine Beziehungen zum Lebensalter. *Klin. Woch.*, 1932, N° 18, p. 759.

9. ZONDECK et BIER. — Hypophyse und Schlaf. *Klin. Woch.*, 1932, N° 18.
10. GUILLAUMIN. — Nos connaissances actuelles sur le brome sanguin. *Progress Méd.*, 1933, N° 48, p. 2041.
11. HERMANN et FREUND. — Les propriétés et les effets d'une nouvelle classe de combinaisons bromées. *Klin. Woch.*, 1931, N° 6.
12. BARUK. — La catatonie colibacillaire. *Ann. Méd.-psychologiques*, XCI, 2, N° 4, p. 451, nov. 1933.

M. H. BARUK. — Je crois que l'unanimité est loin d'être faite en ce qui concerne la doctrine de Zondeck sur le métabolisme du brome dans la psychose maniaque dépressive. Je sais par exemple qu'un de ses élèves, Ucko, qui dans mon service de Charenton a recherché ce métabolisme sur mes malades, n'a pas trouvé chez eux la vérification de la théorie de son maître. Chatagnon, dans un article de la *Presse médicale*, signale lui aussi la même carence.

M. DEMAY. — En effet, les travaux de Chatagnon, faits en collaboration avec une chimiste très expérimentée, Mlle Chatagnon, contredisent formellement les affirmations de Zondeck.

M. GUIRAUD. — De tous côtés, notamment en Italie, sont publiés des travaux qui infirment la doctrine de Zondeck.

M. G. d'HEUCQUEVILLE. — Chatagnon recherche le brome dans des matières sèches et ne le trouve pas. Zondeck le recherche dans le sang et le trouve. Il n'y a pas de contradiction.

M. GUIRAUD. — Le brome ne se volatilise pas. Je ne comprends pas l'argument de M. d'Heucqueville.

M. DEMAY. — Moi non plus.

La séance est levée à 18 h. 45.

Le Secrétaire des séances,
Paul CARRETTE.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du Jeudi 7 Janvier 1937

Présidence : M. TINEL, président sortant et M. BARRE, président

La première partie de la séance réservée aux projections fut présidée par M. Tinel, président sortant.

La deuxième partie consacrée à l'examen des malades fut présidée par M. Barré, président pour la nouvelle année.

Apparition d'un syndrome bulbaire avec troubles du schéma corporel consécutif à une commotion violente. Rôle des lésions vestibulaires, par MM. LHERMITTE et DUCOSTÉ.

Les auteurs présentent le cas d'un chasseur qui, en septembre 1935, subit une commotion violente de la nuque par éclatement d'une cartouche fortement chargée. Examiné par M. Ducosté, il présentait une hémiplegie droite avec anesthésie, thermoanalgésie droite supérieure et paralysie faciale droite, une paralysie complète de l'articulation verbale et des vomissements surajoutés. Tout s'arrangea en quelques mois, mais on constate depuis l'existence d'une hémiplegie légère, de réflexes tendineux vifs avec absence de Babinski, de la thermo-anesthésie avec hyperpathie manifeste. A la face s'associe une hypoesthésie tactile. C'est là le cas d'un syndrome bulbaire-type avec hémiplegie droite et thermo-analgésie gauche, témoin d'altérations bulbaires au-dessous de la décussation. M. Lhermitte insiste sur trois faits intéressants. Ce sont : les troubles du schéma corporel de ce malade, qui a souvent la sensation d'avoir son pied au-dessus du plan du lit, des hallucinations analogues à celles de l'hallucinoze pédonculaire et enfin

ces troubles sensitifs si spéciaux, que caractérisent l'absence de douleurs spontanées, avec une hyperpathie très intense au froid et surtout au niveau du territoire du V°.

Discussion. — M. BARRÉ. — Je pensais bien que M. Lhermitte allait faire intervenir le rôle du VIII° dans les modifications du schéma corporel. Je me demande si le terme de troubles du schéma corporel est valable. Il me semble qu'il y a là une petite exagération de ce qu'on trouve chez les vestibulaires. On a tort de ne voir chez les vestibulaires que des troubles moteurs. M. Lhermitte considère qu'il y a eu une petite hémorragie ; mais a-t-elle été uniquement bulbaire, et pourquoi n'aurait-elle pas été pédonculaire aussi ?

M. André THOMAS. — Dire qu'il s'agit là de troubles du schéma corporel me paraît un peu exagéré. Il s'agit là de troubles vertigineux. Si l'on fait subir au malade l'épreuve rotatoire, ils décrivent des positions assez variées. Il peut s'agir de vertiges partiels. En outre, il ne faut pas qu'envisager les troubles vestibulaires. Les phénomènes sont associés à des représentations vestibulaires, donc peut-être associés à des troubles de la sensibilité profonde.

Contribution à l'étude des douleurs en dehors de toute lésion neurologique, par M. ALQUIER.

Les lésions encéphalitiques de l'électrocution, par MM. LHERMITTE, THIBAUT, de AJURIAGUERRA.

Un homme de 20 ans touche une ligne électrique supportant un courant triphasé de 15.000 volts ; brûlé, il tombe sans connaissance, demeure dans le coma pendant 36 heures et succombe avec une température de 42,3.

L'examen anatomique fit découvrir dans les viscères de nombreuses hémorragies et dans le cerveau des lésions de nécrose périvasculaire, spécialement dans le cortex, des hémorragies annulaires disséminées, des lésions cytologiques diffuses, enfin dans la couche optique gauche, un foyer hémorragique important.

L'étude de ce foyer fait apparaître quelques particularités ; en effet, il ne s'agit pas ici d'un foyer apoplectique banal mais de la confluence de très nombreuses hémorragies annulaires, lesquelles permettent de saisir la réalité du processus de stase et d'érythrodiapédèse si souvent invoqué à l'origine des hémorragies du cerveau.

Discussion. — M. CROUZON. — J'ai observé un cas de type choréoathétosique ressemblant à un spasme de torsion. Ayant à l'expertiser, j'ai conclu à l'origine organique. J'ai attendu trois ans pour que les délais légaux soient expirés et avoir la certitude que toute simulation puisse être écartée. J'ai revu ce malade avec M. Christophe et aucun signe n'avait varié. Nous avons conclu à l'existence de lésions hémorragiques des noyaux gris centraux et cette observation clinique nous paraît pouvoir être à rapprocher de la présentation de M. Lhermitte.

M. GUILLAIN. — J'ai observé, il y a trois, quatre ans, un cas d'électrocution chez un ingénieur de la région de Chamonix. Après une heure de coma et de tractions de la langue, le malade avait repris connaissance. Quinze jours après, il présentait un tableau de sclérose en plaques avec syndromes cérébelleux et spasmodiques typiques.

Deux cas de syndrome d'Adie, par MM. MONIER-VINARD et HARTMANN.

Pupillotonie dans un cas de sclérodémie, par MM. ALAJOUANINE et MORAX.

En conclusion de leur présentation, les auteurs proposent que le syndrome d'Adie soit réservé aux cas de pupillotonie associée à un syndrome neurologique et que le mot de pupillotonie soit réservé aux cas exempts de tout syndrome neurologique surajouté.

Un type particulièrement tardif et aberrant de la maladie de Charcot-Marie, par MM. J. LHERMITTE et J. MOUZON.

L'affection se caractérise par une amyotrophie des mains, des avant-bras et des muscles artéro-externes de la jambe avec abolition des réflexes, déformations des pieds caractéristiques et adipose excessive du tronc et de la racine des membres. Le début se montre très tardif puisque, chez la plupart des sujets atteints et appartenant à la même famille, les premiers symptômes se montrent vers l'âge de 55 ans. L'évolution est particulièrement lente puisque le père de la malade présentée a succombé à 89 ans, et que chez la patiente, âgée de 72 ans, le groupe postérieur de la jambe ne présente nulle atrophie et aucune diminution de ses réactions électriques.

Hypertension paroxystique au cours d'une intervention sur la fosse cérébrale postérieure, par M. DAVID.

Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux opérée en deux temps avec succès, par MM. PETIT-DUTAILLIS et SCHMIDT.

Malade présentant des signes d'hypertension intense et des troubles bulbaires graves. Les syncopes, fréquentes, qui obligeaient à la respiration artificielle, rendaient le danger opératoire considérable. En juillet fut pratiquée une décompressive postérieure simple, sans ouverture de la dure-mère. Dans la deuxième intervention fut extirpée une tumeur volumineuse. Les auteurs insistent sur l'utilité de cette technique en deux temps dans des cas semblables.

Discussion. — MM. VINCENT et André THOMAS citent des cas où la simple décompression fut favorable.

M. DE MARTEL approuve pleinement cette technique avec ou sans ouverture de la dure-mère.

M. PUECH. — La notion du siège est très importante car la décompression exagère certains cas.

M. DUTAILLIS. — Je vois avec plaisir que beaucoup sont partisans de l'intervention en deux temps. Mais je préfère ne pas ouvrir la dure-mère.

M. LECONTE.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE

La Charité de Senlis. Une maison d'aliénés et de correctionnaires au XVIII^e siècle, par Madame le Dr HÉLÈNE BONNAFOUS-SÉRIEUX, ancienne interne des Asiles d'aliénés de la Seine (1 vol., in-8°, 400 pages, Les Presses Universitaires de France édit., *Thèse*, Paris 1936).

Ecrite d'après des documents en grande partie inédits, l'excellente thèse de *Mme Bonnafous-Sérieux* est consacrée à l'Etablissement fondé à Senlis en 1668 par les Frères de Saint-Jean de Dieu, et qui, sous les règnes de Louis XIV, Louis XV et Louis XVI, servait à la fois d'asile d'aliénés, de maison de réforme pour correctionnaires, de maison de force pour anormaux constitutionnels et de maison de retraite pour pensionnaires libres. N'avançant rien qui ne résulte de textes tels que : correspondance administrative, rapports des religieux, règlements, circulaires ministérielles, lettres des pensionnaires et de leurs parents, l'auteur confirme ce qu'avait déjà établi dans de nombreux travaux, son père, le Dr Paul Sérieux, sur l'œuvre importante réalisée au XVIII^e siècle en matière d'assistance psychiatrique. Contrairement à une erreur très répandue, les aliénés sont, au XVIII^e siècle, considérés comme des malades, qu'on doit traiter et qu'on peut guérir. L'existence de services et d'établissements spéciaux, publics et privés, des réformes réalisées, d'autres projetées sont, avec les travaux publiés par des médecins du temps, les témoignages de l'intérêt apporté bien avant la Révolution française à l'assistance et à la thérapeutique psychiatriques. Véritablement spécialisés, les Frères de la Charité vivaient en contact intime avec leurs pensionnaires. L'organisation de leurs maisons révèle une connaissance pratique des aliénés et des correctionnaires, qu'ils traitaient réellement avec « amour et charité ».

Mme Bonnafous-Sérieux le démontre amplement dans ce volumineux recueil, où tout ce qui concerne l'histoire de la Charité de Senlis, son organisation et son fonctionnement est relaté avec précision et preuves à l'ap-

pui. On y trouvera la description des types divers d'aliénés ou d'inadaptés sociaux (anormaux psychiques, libertins, disciplinaires), qui formaient la clientèle de l'Etablissement et appartenaient en majorité à la classe moyenne. Le recrutement et la formation des religieux chargés d'assurer le service médical étaient entourés de sérieuses garanties. Leurs attributions, celles en particulier du prieur, élu pour 3 ans, et sur qui reposait toute la responsabilité de la Maison, étaient minutieusement réglées par des ordonnances qui marquent le plus grand souci des malades, de leur surveillance, de leurs soins et aussi de la douceur, de la compassion et de la tendresse qu'il convient d'avoir à leur égard dans les visites qui devaient leur être faites plusieurs fois par jour. Le souci de tenir à jour la bibliothèque médicale, le « cabinet de chirurgie », le laboratoire, l'apothicairerie doivent être signalés. Le personnel subalterne était composé de « garçons » et de domestiques particuliers.

Les divers modes de placement ont été bien exposés par MM. Sérieux et Libert. Ils ont montré qu'alors comme aujourd'hui, l'internement, disons la détention, avait lieu soit sur la demande des particuliers (placement volontaire), soit sur l'initiative de l'autorité publique (placement d'office). De plus, la Charité recevait des pensionnaires « libres » ou « de bonne volonté » et d'autres « par ordre de justice ». On trouvera dans ce volume des exemples de ces divers placements ainsi que du placement d'urgence, de l'entrée par transfèrement et des formalités de l'admission.

Mais il n'y avait pas de médecin dans l'établissement. Le traitement médical était assuré par les frères de la Charité, instruits spécialement. Bains, saignées, sangsues, purgations étaient utilisées au même titre que la psychothérapie, les drogues, les commotions électriques (et même le trépan dans les troubles cérébraux post-traumatiques). Le « Règlement » et l'« Eclaircissement » réglaient le régime intérieur, les distractions, les correspondances, les visites. Les témoignages sont unanimes à louer le dévouement des religieux et les résultats qu'ils obtiennent.

Les Registres devaient être tenus avec exactitude, mais les garanties au cours de la détention laissaient à désirer. Toutefois, les pensionnaires pouvaient adresser leurs plaintes à l'intendant ou à son délégué, leurs réclamations au Ministre et au Lieutenant de Police. De 1743 à 1789, les circulaires ministérielles se succèdent, exigeant des inspections, insistant sur les garanties de la liberté individuelle, demandant l'envoi d'états d'abord annuels puis semestriels. En 1784, des règles fixes furent établies pour la durée du « renfermement des prisonniers de famille ». Les formalités de la sortie étaient identiques à celles en usage aujourd'hui : un secours était accordé aux sortants nécessaires.

Mme Bonnafous-Sérieux donne également tous renseignements utiles concernant les Services administratifs et économiques dirigés par le procureur ou sous-prieur de la Charité : trousseaux, pensions, dépenses, recettes, inventaires, et décrit en un dernier chapitre la vie des pensionnaires des divers quartiers (pensionnaires de la Force, pensionnaires de Demi-Liberté, pensionnaires de Liberté), les protestations des uns, les distractions des autres. Puis, c'est la Révolution, l'abolition des lettres de cachet (1790), la suppression de l'Ordre de Saint-Jean de Dieu, la libération des aliénés méconnus et des correctionnaires. En 1803, le Code civil s'occupait à nouveau des correctionnaires. En 1838 était votée la loi sur le Régime des aliénés, qui nous régit encore actuellement. Beaucoup de ses dispositions

et des pratiques actuelles rappellent encore de très près les institutions de l'ancien Régime.

Ce beau travail, méthodiquement et clairement exposé, plein de faits, agréable à lire, rend justice à l'œuvre méconnue des précurseurs du XVIII^e siècle et dégage le rôle véritable de procédures de protection sociale non exemptes de garanties efficaces. Il apporte à l'histoire de la psychiatrie une contribution particulièrement importante.

René CHARPENTIER.

NEURO-PSYCHIATRIE

Image de soi, par le Dr E. TCHEBRAZI. Préface de M. le Professeur LHERMITTE (1 vol., in-8°, 112 pages, Le François édit., Thèse, Paris 1936).

La thèse inaugurale de M. Tchebrazi est consacrée à l'étude physio-pathologique de cette donnée nouvelle si importante en neuro-psychiatrie, que l'on peut appeler, avec Henry Head, le « schéma postural », avec Paul Schilder, le « schéma corporel », et avec Ludo van Bogaert l'« Image de Soi », et qui est la connaissance subliminale que nous avons, à chaque moment de notre vie de veille, des différents segments de notre corps.

Alors que pour Henry Head la base même de notre schéma postural repose sur les sensations cénesthésiques et proprioceptives, Paul Schilder insiste sur l'importance primordiale des données visuelles qui concourent à son évocation. Ainsi que l'écrit dans l'intéressante Préface de ce livre, M. Lhermitte, le processus de visualisation atteint, chez l'homme normal, un tel degré, que nous ne pouvons guère évoquer les choses les plus abstraites sans y introduire un élément représentatif d'ordre visuel.

Après avoir rappelé les définitions de Head et de Schilder, M. Tchebrazi étudie d'abord les bases physiologiques de l'« image de soi », ses rapports avec le pouvoir de localisation, les relations et connexions des points symétriques de la surface du corps, les relations de l'image de soi avec la praxie, l'agnosie, l'action et le mouvement. Il recherche comment s'effectue, chez l'enfant, la création de l'image de soi, terminant cette première partie par quelques remarques sur la structure de la libido. La pathologie de l'« Image de soi », très complexe, chevauche à la fois les domaines de la psychiatrie et de la neuropathologie. Toutes les lésions d'une partie quelconque de l'appareil sensitif, et de nombreux états psychopathologiques, peuvent aboutir à modifier la représentation subliminale de notre corps. Ici prennent place tout d'abord les cas groupés par L. van Bogaert sous le nom d'algohallucinoïse ; illusions ou hallucinations des amputés, membre-fantôme chez des sujets non amputés, chez les hémiplegiques, l'anosognosie de Babinski, les troubles dans la perception de droite et de gauche. M. Lhermitte et ses collaborateurs ont montré que la perte ou la détérioration de l'image de soi a pour conséquence une modification très importante du comportement moteur et est à la base de bien des cas d'apraxie, en particulier par rupture des connexions qui unissent la sphère visuelle à la sphère tactilo-motrice. La Planotopokinésie de Pierre Marie, Bouttier et P. Bailey a probablement la même origine.

Pour Schilder, chaque névrose, à un certain stade de son développement, présente des symptômes de dépersonnalisation et celle-ci intéresse surtout

la sphère optique. M. Tehebrazi rappelle ici les travaux consacrés à l'autoscopie. Sollier insistait sur la relation intime entre les troubles cénesthésiques et le phénomène d'autoscopie.

La connaissance de l'image de soi éclaire le mécanisme des hallucinations spéculaires ou autoscopiques externes. A la base des hallucinations cénesthésiques, de l'hypocondrie, du délire des négations, on trouve des modifications du schéma corporel. Grâce au concept de l'image de soi corporel, il est possible à un homme sain de se représenter ce que peut être le mouvement psychique qui conduit à la dépersonnalisation, au sentiment d'étrangeté et donc, ajoute M. Lhermitte, appréhender, dans une certaine mesure, l'émotion qui marque les premiers débuts de l'évolution de la schizophrénie.

Cette notion de première importance, pour le neurologue comme pour le psychiatre, doit prendre place au même rang que les notions d'agnosie, d'aphasie et d'apraxie.

Des considérations sur l'aspect psychologique et philosophique de cette notion et sur son caractère dynamique terminent cet intéressant travail.

René CHARPENTIER.

L'interprétation non hallucinatoire, par le Dr F. PÉTRI (1 brochure in-8°, 165 pages. Imprimerie A. Wilch. Thèse Strasbourg, 1936).

Après avoir indiqué brièvement quelles sont les diverses classifications qui, en ce qui concerne les délires systématisés, ont encore cours actuellement, d'une part chez les psychiatres de langue allemande, d'autre part chez les psychiatres français, l'auteur publie huit observations personnelles d'états interprétatifs non hallucinatoires (états paranoïaques). A l'analyse, ces cas sont classés en deux groupes : cinq de ces états paranoïaques relèvent de la schizophrénie, les trois autres de la folie maniaque dépressive.

M. F. Pétri conclut de l'étude des états interprétatifs non hallucinatoires, tels que les présentent ses cas, que le syndrome de délire d'interprétation pur, non hallucinatoire, peut être réalisé au cours de la schizophrénie et au cours de la folie maniaque dépressive. Dans la schizophrénie, l'interprétation délirante a pour cause un trouble des associations, elle peut survenir subitement en tant que symptôme pathologique primaire (Gruhle), ou bien quand une affectivité peu intense, mais néanmoins encore bien conservée, exerce une influence sur des associations affaiblies (Bleuler). Dans la folie maniaque dépressive, l'interprétation est une conséquence de la prévalence affective. C'est une affectivité particulièrement intense, qui tient sous sa domination les associations et provoque ainsi l'interprétation et la formation du délire qui s'en suit. Enfin l'auteur se demande si, au point de vue nosologique, il existe en fait une maladie méritant le nom de « délire d'interprétation ». Les cas publiés ne « sauraient lui permettre de tirer des conclusions à ce sujet ». En tout cas, pour porter le diagnostic de « délire d'interprétation », l'absence totale de tout symptôme soit de la schizophrénie, soit de la folie maniaque dépressive ou de tout autre psychose est à postuler.

Charles BUHECKER.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de FÉVRIER de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 11 février 1937*, à 9 h. 30, *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté de Médecine.

La *séance ordinaire* du mois de février de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 22 février 1937*, à 4 heures *très précises*, au siège de l'Académie de Chirurgie, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de MARS de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 11 mars 1937*, à 9 h. 30, *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mars de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 22 mars 1937*, à 4 heures *très précises*, au siège de l'Académie de Chirurgie, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

Légion d'Honneur

Est promu *Officier de la Légion d'Honneur*, au titre du Service de Santé Militaire :

M. le D^r LÉVY-VALENSI, Médecin-Lieutenant-Colonel de Réserve, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, *membre titulaire de la Société Médico-psychologique*.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Année 1938

Prix MOREAU DE TOURS. — 200 francs

Ce prix, *biennal*, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, des deux années précédentes, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1936 et en 1937, devant les Facultés de Médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse.

Legs CHRISTIAN. — 1.000 francs

Ce prix, *annuel*, habituellement de 300 francs (partage interdit), a été porté exceptionnellement par la Société Médico-psychologique à 1.000 fr. pour l'année 1936. Il est attribué chaque année par le Bureau de la Société à un interne des asiles d'aliénés de Paris ou de la province, momentanément gêné soit pour terminer ses études, soit pour payer sa thèse. *Il ne confère pas le titre de lauréat de la Société Médico-psychologique.*

Règlement Du Legs Christian :

ARTICLE PREMIER. — Les internes des Asiles de France, candidats à l'attribution du Legs Christian, devront :

- 1° Être de nationalité française ;
- 2° Justifier de leur état de gêne momentanée par la production d'une attestation du médecin-chef du service où ils sont internes ;
- 3° Faire parvenir au Secrétaire général de la Société Médico-psychologique une copie du manuscrit de leur thèse.

ART. II. — Le candidat désigné par le Bureau recevra le montant du prix après l'envoi au trésorier de la Société Médico-psychologique de deux exemplaires de Faculté de sa thèse.

ART. III. — Dans le cas où le prix ne serait pas décerné une année, le montant en sera reporté à l'année suivante et le Bureau pourra, s'il y a lieu, décerner plusieurs prix.

ART. IV. — Le prix Christian ne confère pas au candidat qui l'obtient le titre de lauréat de la Société Médico-psychologique.

Année 1939*Prix BELHOMME.* — 1.500 francs

Ce prix, *triennal*, habituellement de 900 francs, a été porté exceptionnellement par la Société Médico-psychologique à 1.500 fr. pour l'année 1939.

Le sujet suivant a été désigné : *Les états de déficience intellectuelle post-traumatiques chez l'enfant* (à l'exclusion des traumatismes obstétricaux).

Legs CHRISTIAN. — 1.000 francs

Ce prix, *annuel* (partage interdit), habituellement de 300 francs a été porté exceptionnellement par la Société Médico-psychologique à 1.000 francs pour l'année 1939.

Année 1940*Prix AUBANEL.* — 1.500 francs

Ce prix, *triennal*, est décerné au meilleur mémoire sur un sujet de pathologie mentale ou nerveuse.

Legs CHRISTIAN. — 300 francs

Prix, *annuel* (partage interdit).

N. B. — Pour chacun de ces prix, les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés, avant le 31 décembre de l'année précédente, chez le

Secrétaire général de la Société Médico-psychologique. Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés. Ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté, avec devise, contenant les noms et adresses des auteurs.

Les prix seuls (et à l'exception du prix Christian) donnent droit au titre de lauréat de la Société Médico-psychologique ; les mentions honorables n'y donnent pas droit.

Un mémoire récompensé par une autre Société ne peut être admis à concourir pour les prix de la Société Médico-psychologique. (Décision du 22 mars 1910).

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Légion d'Honneur

Est promu *Officier de la Légion d'Honneur* :

M. le Dr ARSIMOLES, Médecin-Chef à l'Asile de Hoërdt (Bas-Rhin).

Sont nommés *Chevaliers de la Légion d'Honneur* :

M. le Dr PÉLISSIER, Médecin-Directeur de l'Asile public d'aliénés de Lafond, à La Rochelle (Charente-Inférieure) ;

M. le Dr P. MENUAU, Médecin-Chef à la Maison de Santé départementale de la Seine-Inférieure.

Nominations

M. le Dr LAUZIER est nommé Médecin-Directeur de l'Asile public départemental d'aliénés de la Chartreuse de Dijon (Côte-d'Or) ;

M. le Dr BEAUJARD est nommé Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Vaublaire (Dordogne) ;

M. le Dr HÉBOUIN est nommé Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Lorquin (Moselle).

M. le Dr LERAT est nommé Médecin-Directeur de l'Asile public départemental d'aliénés de Lafond (Charente-Inférieure) ;

M. le Dr LASSALLE est nommé Médecin-Directeur de l'Asile public départemental d'aliénés d'Auch (Gers) ;

M. le Dr RENAUX est nommé Médecin-Directeur de l'Asile public départemental d'aliénés de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire) ;

Postes vacants

Sont déclarés vacants :

un poste de Médecin-Chef à l'Asile public autonome d'aliénés d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône) ;

un poste de Médecin-Chef au Quartier d'Hospice réservé aux aliénés à Poitiers (Vienne) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Asile public interdépartemental d'aliénés de Clermont-de-l'Oise ;

un poste de Médecin-Chef à l'Asile public départemental d'aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire) ;

le poste de Médecin-Directeur de l'Asile public départemental d'aliénés de Saint-Lizier (Ariège).

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Par arrêté en date du 28 décembre 1936, M. le D^r LAUZIER, Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Cermont-de-l'Oise, a été nommé *secrétaire rapporteur* au Conseil supérieur de l'Assistance publique.

A la séance du 29 décembre 1936, MM. HAYE et LAUZIER ont présenté un rapport sur « *L'organisation de la prophylaxie des troubles mentaux dans le cadre départemental* ».

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française

La XLI^e session du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Nancy, sous la présidence du D^r M. OLIVIER, du 30 juin au 5 juillet 1937 au lieu de la date précédemment indiquée.

Réunion Neurologique Internationale

La XVI^e Réunion Neurologique Internationale se tiendra à Paris du jeudi 8 juillet au mercredi 13 juillet 1937 inclus.

Cette réunion sera consacrée à l'étude de « *La Douleur en Neurologie* ».

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LES SYNDROMES PSYCHO-ANÉMIQUES

PAR

G. DE MORSIER (de Genève)

Les troubles nerveux et mentaux survenant au cours des anémies pernicieuses paraissent augmenter de fréquence actuellement. Exceptionnels il y a quelques années, ils sont maintenant d'observation courante. Il s'agit d'une maladie qui paraît être en période d'extension, comme la pellagre, qui a fait récemment son apparition en Europe centrale et avec laquelle elle offre d'ailleurs certaines analogies. Les syndromes neuro-pellagreu et les syndromes neuro-anémiques ont une ressemblance clinique assez grande pour que certains auteurs aient pu affirmer leur origine commune.

Depuis une dizaine d'années, j'ai observé 17 cas de syndrome neuro-anémique, 16 concernent des femmes entre 40 et 60 ans, un seul concerne un homme. Suivant la forme clinique, on peut les classer comme suit :

1. Paresthésies seules (fourmillements, picotements, brûlures dans les extrémités), sans autres symptômes. 3 cas.
2. Paresthésies avec symptômes médullaires de sclérose combinée, sans troubles mentaux appréciables. 4 cas.

3. Paresthésies, sclérose combinée et petits troubles mentaux dépressifs ou névropathiques. 2 cas.

4. Paresthésies, sclérose combinée et syndrome de Korsakoff. 3 cas.

5. Névrites optiques et troubles visuels. 2 cas.

6. Psychoses chroniques de type schizophrénique ou maniaco-dépressif, ayant nécessité l'internement. 3 cas.

C'est uniquement de la classe des psychoses chroniques, de types schizophrénique et maniaco-dépressif qu'il sera question dans ce travail. Dans l'un des cas l'autopsie a révélé, non pas une anémie pernicieuse de Biermer, mais bien les lésions caractéristiques d'une anémie ostéosclérotique ; il fera l'objet d'un travail ultérieur. Avant de relater l'observation de nos deux cas de *psychose chronique avec anémie de Biermer*, nous ferons une revue sommaire des observations publiées jusqu'à présent.

Nous ne ferons que mentionner les cas anciens de Sioli (1881), de Boedecker et Juliusberg (1898), de Voss (1897), qui ne comportent pas d'examen sanguins, mais dont l'évolution est bien caractéristique. Dans leur mémoire classique sur la « Dégénérescence combinée subaiguë de la moelle » (1900), Russel, Batten et Collier considèrent déjà les troubles mentaux comme constants dans le troisième stade de la maladie ; ces troubles mentaux consistent en somnolence, délire ou état maniaque prolongé.

Marcus, en 1903, rapporte le cas d'un homme âgé de 37 ans. Les troubles mentaux débutent par de l'euphorie et des idées mégalomaniaques, puis apparaît une grande agitation. L'état mental s'améliore, mais l'anémie s'aggrave. La guérison survient au bout d'un an.

Schroeder (1909) considère le tableau clinique présenté au début par sa malade comme une « manie très pure ». Peu après s'est développé un état de confusion mentale avec désorientation, troubles du langage et faiblesse des extrémités. La même année, Siemerling rapporte le cas d'un homme de 39 ans qui a présenté, pendant plusieurs années, des idées de jalousie. Ensuite apparaissent des idées de persécution avec paresthésies et cénesthopathies viscérales (il a du verre dans le corps). L'anémie pernicieuse est intense, les troubles mentaux s'aggravent et il meurt au bout de 18 mois. L'année suivante, Barrett observe une psychose de type paranoïde au cours d'une anémie pernicieuse.

Dans le premier travail d'ensemble sur le sujet qui nous occupe, Wohlwill (1912) rapporte le cas d'un homme de 42 ans qui présente tout d'abord des paresthésies et des vertiges, puis

des idées de persécution et d'auto-accusation avec hallucinations et anxiété. Il meurt d'anémie pernicieuse un an après le début des troubles mentaux.

En 1919, Lurie publie deux cas d'anémie pernicieuse avec dégénérescence combinée de la moelle et troubles mentaux consistant en hallucinations visuelles, idées paranoïdes et délire de persécution. L'examen anatomique a montré des lésions vasculaires dans l'écorce motrice et des lésions dégénératives des cellules pyramidales avec vacuolisations. L'année suivante, nous trouvons les deux cas de psychose paranoïde chronique de Behrens (agitation verbo-motrice avec incohérence, paraphasie, écholalie et désorientation) et celui de Jones et Raphaël (troubles de la mémoire puis troubles sensitifs et moteurs).

Nous ne retiendrons pas le premier cas décrit par Kleist, car l'autopsie a montré la présence d'une aortique syphilitique. Par contre, le deuxième cas est intéressant. Il s'agit d'une femme de 41 ans, présentant en 1914 un changement de caractère avec dépression. En 1918, troubles de la mémoire, fausses reconnaissances, confabulation, idées de grandeur, hallucinations de la vue et de l'ouïe. En 1919, constatation d'une anémie pernicieuse qui s'aggrave rapidement pendant qu'apparaissent des signes de lésions médullaires et une psychose de Korsakoff.

En 1924, Weimann rapporte deux cas : 1° Femme de 55 ans, ayant fait en 1918 une dépression nerveuse. En 1922, apparaissent des idées d'empoisonnement et de persécution avec hallucinations de la vue et de l'ouïe et anxiété profonde. Une année après, on constate des symptômes médullaires et une anémie pernicieuse avec achylie gastrique. L'examen anatomique a montré de petits foyers de dégénérescence dans le cerveau. 2° Homme de 49 ans, présentant un état de stupeur catatonique avec négativisme, puis de l'anxiété par instant. Il a des mouvements stéréotypés et des attitudes bizarres, puis il s'agite, crie et chante. On constate alors une anémie pernicieuse avec achylie gastrique et la mort survient au bout de 6 mois. Dans sa thèse sur les syndromes neuro-anémiques (1925), Matthieu constate, chez 3 de ses malades, un début de délire de persécution plus ou moins accusé.

Les cas de Kroll (1926) concernent surtout des myélites funiculaires. Deux d'entre eux présentaient cependant des troubles mentaux sous forme de troubles du caractère et de la mémoire. Emile Weil et Cahen (1928) sont frappés par le fait que les troubles mentaux apparaissent indépendamment de l'anémie, après le début du traitement par l'extrait de foie. La même année, War-

burg et Jøgersen étudient 12 cas de syndrome psycho-anémique. Ils insistent sur le début des troubles mentaux qui peut avoir lieu longtemps avant l'apparition de l'anémie pernicieuse. Les formes mentales observées sont surtout la neurasthénie chronique, la confusion mentale, le syndrome de Korsakoff.

En 1931, paraissent deux travaux particulièrement importants au point de vue anatomo-pathologique. Ossenkopp, dans un cas de syndrome neuro- et psycho-anémique compliqué d'alcoolisme chronique, constate, outre une myélose funiculaire typique, des processus uniquement dégénératifs des cellules nerveuses corticales, sans aucune anomalie de la substance blanche et sans foyer. Au contraire, Wohlwill, dans un cas cliniquement analogue, trouve des petits foyers de dégénérescence dans la substance blanche du cerveau, ainsi que des périvasculaires de type inflammatoire. La même année, Phillips rapporte 3 cas d'anémie grave (2 hyperchromiques et une hypochromique), avec hallucinations visuelles et auditives et délire de persécution. Il insiste sur le fait que les troubles mentaux peuvent se développer au cours du traitement. Illing décrit 3 cas avec dépressions anxieuses ou hypocondriaques et un cas avec confusion mentale. Il insiste également sur le manque de concordance entre les troubles mentaux et l'état du sang.

Le cas décrit en 1932 par Ilse Graf a une sémiologie très riche. Il s'agit d'une femme de 48 ans qui entre dans un état d'agitation progressif d'aspect maniaque avec agressivité envers sa famille, puis apparaissent des idées délirantes à contenu sexuel. A l'Asile, on la considère comme une maniaque avec agitation verbale, fuite des idées et euphorie. Elle manifeste des idées de préjudice par instants. La logorrhée augmente, les propos deviennent incohérents avec assonance verbale, jeux de mots et néologismes. Au bout de 3 mois, on constate une anémie pernicieuse. L'atteinte médullaire se développe rapidement avec troubles trophiques et digestifs. La même année on trouve les cas de Piney (délire hallucinatoire guéri au bout de 2 ans) et de Francke (démence paranoïde progressive ayant débuté 3 ans avant l'anémie pernicieuse).

Le cas de Laignel-Lavastine, Schwob et Gallot (1934) est particulièrement intéressant à cause de son évolution longue et périodique, mais il n'est pas possible d'affirmer que l'anémie soit de type hyperchromique, car le dosage de l'hémoglobine manque. Une femme de 52 ans souffre de gastralgie en 1920. L'année suivante, dépression mélancolique durant 4 mois. En 1923, elle ressent des douleurs dans les jambes et la marche est hésitante.

Deux ans après, nouvelle dépression mélancolique avec idée de suicide durant 2 ans. Enfin, en 1934, asthénie grave et achylie gastrique.

Enfin, en 1935, Cosak publie deux cas : 1° une femme de 44 ans, atteinte d'anémie pernicieuse, présente une dépression mélancolique avec hypocondrie, que rien ne pourrait distinguer cliniquement d'une psychose ordinaire ; 2° un homme de 53 ans, sans hérédité mentale, fait en 1932 une anémie pernicieuse puis une crise de manie avec idées de grandeur pendant laquelle il ruine son commerce. En 1934, il fait une crise de dépression après laquelle il peut reprendre son travail.

Voici maintenant nos deux observations :

OBSERVATION I. — Henriette S., mariée, née en 1870. Pas d'hérédité mentale connue. Père mort à 40 ans d'hémiplégie. Pas d'enfant, une fausse-couche spontanée. A l'âge de 20 ans, elle souffre d'une fièvre typhoïde, puis d'une pleurésie gauche à la suite de laquelle elle maigrit beaucoup. Depuis, elle souffre souvent de points de côté. Mariée à 30 ans, elle va habiter Oran (Algérie) où elle souffre d'une jaunisse prolongée avec douleurs dans l'hypocondre droit. Elle aurait remarqué ensuite dans ses selles des fragments de vers longs « des petits carrés attachés en forme de chaîne » (botriocéphales ?). Ménopause à 45 ans. En 1915, elle revient en France et se fixe à Bellegarde. Elle aurait eu à ce moment une crise nerveuse avec convulsions, mais sans perte de connaissance.

En 1918, elle a des périodes de vomissements le soir après le repas et recommence à maigrir. Elle s'affaiblit, et les jambes sont enflées. Elle fait alors un premier séjour à la Clinique Médicale du Prof. Bard, à Genève, en janvier 1919. L'examen du système nerveux montre que les réflexes tendineux sont vifs. Examen du sang : hémoglobine 65 0/0, globules rouges 2.077.000, globules blancs 2.480, index color. 1,62. Anisocytose ; poikilocytose. Pas de globules rouges nucléés. Formule leucocytaire : polynucléaire 48 0/0, lymphocytes 39 0/0, grand mononucléaire 13 0/0. On note que la malade a un caractère désagréable. Elle discute à propos de tout. Comme elle refuse un lavage d'estomac pour chimisme gastrique, elle quitte la clinique le 4 février 1919.

Depuis février 1921, elle sent de nouveau qu'elle devient de plus en plus faible, en particulier au niveau des membres inférieurs. Elle ne peut bientôt plus marcher ni se tenir debout. Elle souffre d'incontinence d'urine. Son mari la fait entrer à l'Hôpital de Bellegarde où elle reste 8 jours toujours dans le même état. Rentrée chez elle elle entend la voix d'une personne qui parle d'elle et de son mari. On répète sa pensée. La voix sait ce qu'elle fait et le lui dit. On la voit partout, même quand elle est déshabillée. Elle pense qu'on veut la photogra-

phier pour le cinéma ou pour faire des cartes postales. Elle reconnaît la voix : c'est celle d'une femme qu'elle a connu autrefois. Elle avait connu aussi son mari. La femme était jalouse et elle se venge maintenant de cette façon. Par instant, elle doute de la réalité des voix qu'elle entend : « Faut-il croire que la chose a existé ou faut-il croire à une maladie ? » La mémoire est bonne. Il n'y a pas d'amnésie pour les faits récents ni de troubles du jugement. Elle a l'aspect aimable et souriant et répond très rapidement et volontiers aux questions, sans embarras ni bavardage.

Elle entre de nouveau à la Clinique médicale de Genève le 16 février 1921. On constate une abolition complète des réflexes patellaires et achilléens avec parésie des muscles des jambes et des pieds. La marche et la station debout sont impossibles. Les pupilles sont égales, rondes et réagissent bien aux deux modes. Il n'y a pas de troubles du langage. Les troubles de la sensibilité sont importants. Elle se plaint de douleurs et de fourmillements dans les jambes et dans les pieds. Les masses musculaires sont sensibles à la pression. Aux membres inférieurs, hyperalgie au pincement et à la piqure profonde, et hypoes-thésie au toucher et à la notion de position. La malade frappe par sa paleur extrême. Examen du sang : hémoglobine 30 0/0, globules rouges 930.000, globules blancs 3.100, index 1,6. Ponction lombaire : albumine 0,22, éléments 0,2, Bordet-Wassermann du liquide et du sang négatif. L'état mental de la malade est toujours sensiblement le même, mais elle est beaucoup plus faible et prostrée. Elle est traitée au fer et l'arsenic.

Dans les mois qui suivent, l'état neurologique et sanguin s'améliore très lentement. L'état mental reste sensiblement stationnaire. La malade est très calme et parle peu de ses voix, à moins qu'on ne l'interroge. Elle a parfois des hallucinations visuelles. Les automatismes mentaux sont beaucoup moins actifs qu'avant son entrée à l'Hôpital.

En septembre 1924, elle est assez bien pour pouvoir se lever et marcher. Les réflexes patellaires et achilléens sont toujours abolis. Etat du sang le 30 octobre : hémoglobine 80 0/0, globules rouges 3.534.000, globules blancs 8.680, index 1,1. Elle paraît en bonne voie de guérison.

En janvier 1925, nouvelle poussée hallucinatoire avec insomnie et agitation. Les hallucinations visuelles sont abondantes : elle se voit entourée de toiles d'araignées et Dieu vient les écarter pour l'en délivrer. Elle se promène la nuit dans les corridors de l'Hôpital et fait du bruit. On est obligé de la transférer à la Clinique Psychiatrique du Professeur Ladame le 20 janvier. Elle continue à halluciner fortement, elle entend la voix de son mari qu'on est en train de supplicier. Puis elle s'affaiblit rapidement dans les semaines qui suivent et l'anémie redevient intense avec tachycardie et œdème. Elle meurt le 6 août 1935. L'autopsie n'a pas pu être pratiquée.

En résumé, une femme de 48 ans fait un premier épisode d'anémie pernicieuse qui s'améliore. Deux ans après apparaissent des symptô-

mes médullaires accompagnés d'un syndrome d'automatisme mental. Au bout de 4 ans, alors que les symptômes médullaires, cérébraux et sanguins s'étaient considérablement améliorés, elle fait un nouvel épisode hallucinatoire et meurt quelques mois après.

OBSERVATION II. — Hélène V., née en 1875. A l'âge de 20 ans, elle se rend en Russie comme institutrice et en revient en 1910, à l'âge de 35 ans. De retour au pays, elle souffre de bronchite pendant plusieurs hivers de suite avec un peu de température et on pense à une tuberculose du sommet droit. Elle est traitée à la tuberculine de Koch en 1912 et 1913.

En 1914, elle recommence à tousser puis devient très fatiguée et anémique. Elle souffre de dyspnée d'effort, elle a des nausées, des vomissements et ne mange presque plus rien. Elle entre alors, le 11 avril 1914, à la Clinique Médicale du Professeur Michaud, à Lausanne (1). On constate qu'elle se trouve dans un état de faiblesse extrême et d'anémie intense. Globules rouges 1.240.000. Globules blancs 3.200. Hémoglobine 15 0/0. Poïkylocytose et Anisocytose. Normoblastes. Formule leucocytaire : polynucléaires 63 0/0. Lymphocytes 27 0/0. Eosinophiles 9 0/0. Grands mononucléaires 1 0/0. Le 14 avril, on constate que la malade délire. L'examen des yeux montre des lésions de neuro-rétinite avec hémorragies centrales. L'amélioration se produit progressivement et rapidement et la malade peut quitter le service très améliorée le 12-6-1914, soit 2 mois environ après son entrée. Elle a alors 5.770.000 globules rouges et 80 0/0 d'hémoglobine, soit une valeur globulaire (index colorimétrique) de 0,7. Il n'y a plus de globules rouges anormaux.

Pendant tout l'été, elle reste cependant très faible, fatigable, mais l'appétit est excellent. En septembre, elle recommence à tousser, l'appétit diminue et les vomissements s'installent. Elle doit s'aliter et entre de nouveau à la Clinique médicale de Lausanne, le 28-10-1914. L'anémie est de nouveau intense. Globules rouges 1.320.000. Globules blancs 5.800. Hémoglobine 27 0/0. Anisocytose, poïkylocytose, normoblastes. Le système nerveux ne présente rien d'anormal. En particulier, les réflexes sont normaux. La malade est obnubilée. Cette fois l'amélioration se fait beaucoup plus lentement et avec des rechutes cliniques et hématologiques. Ce n'est que le 23 mai 1915, soit 7 mois après son entrée, qu'elle peut sortir guérie avec : Globules rouges 4.692.000. Globules blancs 5.500. Hémoglobine 75 0/0. Index 0,80.

Pendant les années 1916 et 1917, elle est en bonne santé, mais souvent fatiguée. Elle se marie. En avril 1918, elle devient soucieuse, se

(1) L'histoire de ce cas a pu être reconstituée presque entièrement grâce aux nombreux séjours que la malade a fait dans les Cliniques médicales de Lausanne et de Genève, et dans les Cliniques Psychiatriques de Céry et de Bel-Air. Je remercie vivement MM. les Professeurs Michaud, Preisig, Roch et Ladame d'avoir bien voulu me communiquer les observations de leurs services.

plaint qu'elle ne peut plus penser, qu'elle a comme un vide dans la tête. Elle se croit perdue, se fait des reproches, se croit indigne et refuse de manger. Anxiété, insomnies, idées de suicide.

Elle entre alors à l'Asile de Cery, le 29 avril 1918. On constate qu'elle est immobile, presque figée et stuporeuse. Elle ne parle pas et ne répond pas aux questions. Elle a le regard fixe, l'expression triste. Elle exécute cependant quelques ordres simples (se lève, donne la main) et esquisse une réponse sans arriver à finir sa phrase. On doit lui donner à manger et lui faire sa toilette. La nuit, elle est angoissée et inquiète, se lève constamment. Elle paraît désorientée, sa mémoire paraît mauvaise. L'examen neurologique ne montre rien de particulier. Elle fait alors l'impression d'une *mélancolique stuporeuse*. L'état reste sensiblement stationnaire jusqu'en octobre 1918. A ce moment elle se met à parler, dit qu'elle se souvient confusément de tout ce qui s'est passé, elle a la tête embrouillée et fatiguée. Elle voyait constamment comme des films de cinéma ou des cauchemars. L'amélioration continue et elle est reprise par son mari le 11 novembre 1918.

Jusqu'à Noël 1918, elle allait un peu mieux. Elle pouvait se lever et faire son ménage, mais elle pleurait souvent. Puis l'état s'aggrave de nouveau, parfois elle parle toute seule. Elle se découvre constamment et reste nue. On la ramène avec peine à l'Asile, le 16 janvier 1919. Elle est toujours muette, mais cette fois très fatiguée. Elle défait son lit constamment et résiste à tout ce qu'on cherche à lui faire faire. Diagnostic à ce moment : *agitation catatoniforme, mutisme, négativisme, indifférence, idées délirantes et hallucinations*. En juillet, elle a de l'agitation verbale, avec phrases stéréotypées et gesticulations indéfiniment répétées.

Dans les mois qui suivent, elle est négativiste et gâteuse. Elle déchire ses vêtements. Par instant, elle rit et plaisante. Au printemps 1920, elle se met à parler sans arrêt répétant les mêmes pensées en plusieurs versions. Sortie au jardin, elle bavarde avec tout le monde, faisant rire par ses drôles de manières. Elle a à ce moment une présentation *maniaque*. Diagnostic final après ce séjour : *Schizophrénie à forme périodique*.

Depuis sa sortie de l'Asile de Cery, elle s'est toujours bien portée, soit au point de vue physique, soit au point de vue mental, jusqu'en 1928, soit pendant 8 ans. Ménopause à 47 ans. Dans l'été 1928, alors que la malade est âgée de 53 ans, elle se sent de nouveau fatiguée. L'appétit diminue, elle devient pâle et comme les symptômes augmentent elle entre à la Clinique Médicale de Genève le 5 novembre 1928, dans un état de grave anémie. Température 38° à 39°. Globules rouges 970.000. Globules blancs 4.700. Hémoglobine 30 0/0. Index 1,4. Anisocytose. Poikilocytose et érytoroblastes. En même temps qu'évolue l'anémie, son caractère change. Elle devient plus nerveuse, irritable, difficile, sans présenter d'ailleurs un état de psychose caractérisé. Elle se remet très rapidement et peut sortir déjà le 21-12-28 avec 2.940.000 globules rouges et 73 0/0 d'hémoglobine. Mais l'anisocytose et la poikylo-

cytose sont toujours fortes. Le caractère s'est amélioré parallèlement avec le taux d'hémoglobine.

En 1929 et en 1930, elle fait à deux reprises une phase d'excitation de type maniaque, avec euphorie et bavardage, mais assez légers pour qu'elle puisse rester à la maison.

En 1932, elle commence à ressentir des fourmillements dans les deux mains et des crampes dans les bras. En même temps les troubles mentaux réapparaissent, elle s'agite, est désorientée, fait des fugues et doit être ramenée à la Clinique Médicale de Genève, le 4-11-1932. On constate alors une confusion mentale très intense avec agitation, hallucinations et confabulation. Elle a parfois des périodes de mutisme avec catatonie. Chose intéressante à noter, le sang est à peu près dans le même état que lors de sa sortie en 1928 : Globules rouges 2.070.000. Hémoglobine 61 0/0. Anisocytose et Poïkilocytose. Polychromatophilie faible. Macrocytose marquée. Réaction normo et mégaloblastique. Plaquettes très volumineuses.

Dans le courant du mois de décembre, l'état mental s'améliore légèrement. Elle est plus calme et répond aux questions, mais elle manifeste de gros troubles de la mémoire de fixation. Elle est désorientée dans le temps. Elle n'a aucun souvenir de sa période d'agitation. Elle fait de fausses reconnaissances, prend l'infirmière pour sa nièce. Elle oublie de suite ce que l'on vient de lui dire. Par instant, elle a des crises de pleurs. Elle présente maintenant un *syndrome de Korsakoff*. L'examen neurologique montre une inégalité des réflexes patellaires et achilléens. Dans les premiers mois de 1933, elle a de nouveau des périodes d'agitation et des périodes catatoniques. Elle se plaint toujours de paresthésies dans les mains, avec sensations de brûlures. Elle casse des objets et veut se sauver. On la fait entrer alors à l'Asile de Bel-Air, le 24-3-1933. Il faut noter que, malgré la gravité de l'état mental, le sang s'est amélioré rapidement : Globules rouges 4.390.000. Hémoglobine : 77 0/0. Index 0,92. Ni anisocytose, ni poïkilocytose. Le sang est à peu près normal.

A l'Asile de Bel-Air, elle est dans un état d'agitation de type maniaque. Elle est constamment agitée, bruyante, brutale et agressive. Elle frappe, mord et griffe les infirmières qui doivent l'approcher. Elle insulte sans cesse son entourage ou tient des propos incohérents. Par moment, euphorique et mégalomane. Le 17-8-1933, elle meurt brusquement. L'autopsie n'a pas pu être pratiquée.

En résumé, une femme fait à l'âge de 39 ans, en 1914, une première poussée d'anémie pernicieuse qui guérit spontanément en 2 mois. Six mois après, en 1918, *état catatonique*, puis *mélancolique*, puis *maniaque*, qui nécessite un internement de 9 mois. Courte rémission, puis reprise de l'*agitation catatonique* à laquelle succède un épisode *maniaque*, qui se guérit complètement en 1920. En 1928, soit 8 ans après, nouvelle poussée d'anémie pernicieuse avec état psychopathique. En 1929 et 1930, excitation maniaque légère. En 1932, *troubles sensitifs* (fourmillements et crampes) et reprise de l'*agitation catatonique* et

maniaque puis syndrome de *Korsakoff* avec agitation, alors que l'état sanguin redevient à peu près normal.

Les deux observations que nous venons de rapporter montrent l'association de troubles mentaux chroniques et d'anémie pernicieuse de Biermer. Les syndromes mentaux sont cependant très différents. Dans le premier cas, il s'agit principalement d'un syndrome d'automatisme mental de Clérambault. Dans le second cas, le tableau est celui d'une psychose périodique avec alternance de phases dépressives, maniaques et catatoniques.

Le second cas montre nettement un des caractères cliniques les plus importants : *il n'y a pas de concordance nécessaire entre les périodes d'anémie et les périodes de psychose*. On remarque souvent une amélioration importante de l'état sanguin quand s'installe ou s'aggrave la psychose. Notons d'ailleurs que les mêmes alternances se retrouvent dans les scléroses combinées de la moelle. En présence de ces faits, on s'est demandé tout d'abord s'il ne s'agissait pas d'une simple coïncidence entre deux maladies survenant chez un même individu. Le nombre considérable des cas observés pendant ces dernières années ne permet plus de douter de la relation étroite qui existe entre les deux syndromes. On trouve près de 80 cas décrits jusqu'à présent et surtout pendant ces dernières années, puisque 10 seulement sont antérieurs à la guerre.

Les statistiques faites récemment montrent également les relations qui existent entre les deux ordres de phénomènes. Schou examine systématiquement le sang et le suc gastrique des 783 malades d'une Clinique pour maladies nerveuses et mentales. Il en trouve 180 ayant une achylie complète, et, sur ces 180, 16 ont une anémie pernicieuse hyperchromique. Sur ces 16 cas, 3 seulement avaient été diagnostiqués avant leur entrée. Les 7 autres avaient été considérés comme schizophrènes, hystériques ou névropathes.

Woltmann, sur 1.478 malades atteints d'anémie pernicieuse soignés à la Mayo Clinic, trouve 4 0/0 de psychose véritable et 35 0/0 de troubles mentaux légers.

Goldhamer et ses collaborateurs examinent 461 cas d'anémie pernicieuse. Il trouve des signes d'atteinte de la moelle dans 89 0/0 des cas et des signes d'atteinte cérébrale dans 64 0/0 des cas. Il est donc évident, devant ces résultats, qu'une simple coïncidence entre l'anémie pernicieuse et les troubles mentaux ne saurait être invoquée.

Entre le début des troubles mentaux et la mort, on trouve des

intervalles de durée très variable. Le temps qui les sépare peut être de quelques mois ou de plusieurs années : deux ans (Illing, Hubner et Muller Hess, Cosak), trois ans (Francke), 4 ans (Boldt, Behrens), 5 ans (Kleist, Weimann), 8 ans (Langeluddeke), 10 ans (Langdon), 14 ans (Laignel-Lavastine). Dans notre cas 2, *l'intervalle entre la première poussée d'anémie pernicieuse et la mort a été particulièrement long, puisqu'il atteint 19 ans.*

Quelques symptômes acquièrent une grande importance, car ils sont précoces et peuvent mettre sur la voie du diagnostic à une période où les troubles mentaux sont encore très légers. Ainsi, les *paresthésies* dans les extrémités, surtout dans les mains (sensation de fourmillements, de picotements, de brûlures), doivent toujours éveiller l'idée d'un syndrome anémique, à moins qu'elles fassent partie d'un ensemble clinique qui a déjà fait sa preuve. Les inflammations prolongées de la muqueuse buccale et linguale (stomatite, glossite, douleurs de la langue) ont également une grande importance. Elles peuvent, il est vrai, faire penser également à la pellagre et attirer alors l'attention sur l'érythème caractéristique ou sur les traces qu'il a pu laisser. Le *prurit* est souvent précoce. Les gastralgies permettront de révéler l'achylie gastrique. Les diarrhées sont fréquentes. L'urine pourra montrer la présence d'urobiline ou d'urobilinogène. On peut voir au début une température non explicable par une cause viscérale. Au début la formule sanguine n'est pas toujours caractéristique. L'index colorimétrique peut être voisin ou même inférieur à 1. A ce stade, l'étude minutieuse de la forme des globules rouges et surtout de leur dimension est nécessaire car elle permet un diagnostic précoce.

Quelques auteurs ont signalé l'intérêt *médico-légal* des syndromes psycho-anémiques. Naegeli cite le cas d'un malade qui commet des vols au cours d'une anémie pernicieuse. Le malade de Hubner et Muller Hess manifeste des troubles du caractère et de la mémoire avec irritabilité au cours desquels il commet un meurtre ; deux ans après apparaît une anémie pernicieuse. Hulett cite le cas d'un homme souffrant d'une anémie pernicieuse qui fait preuve d'une animosité *"inexplicable vis-à-vis de sa fille et finit par la déshériter.*

On trouve dans les états psycho-anémiques toutes les formes mentales connues et tous les diagnostics ont été posés : psychopathie, hystérie, schizophrénie, catatonie, mélancolie, psychose maniaque dépressive, avant que l'épisode anémique soit venu en révéler la nature. *On observe, en effet, au cours des anémies pernicieuses des états maniaques mélancoliques ou schizophré-*

niques très purs, ne différant en rien de ceux que l'on rencontre dans les psychoses dites essentielles. On trouve en particulier des automatismes mentaux (peine à penser, vide dans la tête, écho de la pensée, énonciation des actes, etc.), exactement semblables à ceux qu'on rencontre au cours de n'importe quels délires hallucinatoires chroniques. Et c'est là que réside le grand intérêt psychiatrique de ces cas. Ils prouvent qu'il n'y a aucune différence entre les syndromes psychiatriques survenant au cours des maladies générales de l'organisme et ceux qu'on observe dans les psychoses réputées essentielles, c'est-à-dire non accompagnées de signes physiques décelables. D'autres maladies, la syphilis cérébrale, l'encéphalite épidémique, en avaient déjà fourni la preuve comme j'ai tenté de le montrer ailleurs (1). De même que pour l'encéphalite, beaucoup d'auteurs pensent sauver la doctrine malgré l'évidence des faits. Ainsi Illing, après avoir rapporté 5 cas de syndrome neuro-anémique avec psychose, admet qu'une psychose maniaque endogène a coïncidé « par hasard » avec une anémie pernicieuse.

Comme l'encéphalite, comme la pellagre, les syndromes neuro-anémiques montrent des psychoses différentes apparaissant chez le même individu suivant l'intensité et la localisation du processus morbide, que ce processus soit un trouble de la nutrition ou une inflammation. Ainsi nous voyons chez ces malades, au cours du même épisode, un état mélancolique faire place à une agitation catatonique puis à une excitation de type maniaque : enfin, l'atteinte cérébrale augmentant, apparaît un syndrome de Korsakoff.

Tout le monde s'accorde sur ce point : ce n'est pas l'anémie qui conditionne les troubles mentaux ni les troubles neurologiques, puisque l'apparition des deux syndromes n'est pas nécessairement simultanée et qu'il existe au contraire un certain décalage entre les deux. Il s'agit donc d'une cause commune, responsable d'une part des troubles sanguins, et d'autre part des troubles cérébraux et médullaires. Mais quelle est cette cause ? L'opinion la plus répandue actuellement est de faire jouer à *l'achylie gastrique* le rôle principal. L'absence prolongée d'acide chlorhydrique permettrait à certaines substances, d'ailleurs inconnues, de passer dans la circulation générale et de frapper ainsi les organes hématopoïétiques et le système nerveux. Ou bien,

(1) G. DE MORSIER. — L'importance des troubles mentaux et nerveux post-encéphalitiques pour la nosologie et la pathogénie des psychoses et des névroses. *Arch. suisses neurol.*, t. XXVII, 125, 1931.

d'après les expériences de Castle, l'achylie gastrique entraîne une carence portant sur certains produits de désintégration des protéines (polypeptides ou acides aminés), produits nécessaires d'une part à l'édification des globules rouges, d'autre part à la nutrition de la myéline cérébrale et médullaire. Il faut cependant ajouter que cette théorie n'explique pas tous les faits car plusieurs auteurs, notamment Naegeli, ont montré qu'il peut exister des anémies pernicieuses typiques sans achylie gastrique.

Devant l'indépendance apparente des différents symptômes sanguins, gastro-intestinaux ou nerveux qui peuvent, suivant les cas, apparaître successivement ou simultanément, Kroll, puis Paviot et Dechaume ont tenté d'admettre une pathogénie purement neurogène. D'après cette théorie, le trouble central serait primitif et frapperait simultanément ou successivement les différents étages du névraxe. Les troubles gastriques et sanguins s'expliqueraient par un trouble de la neuro-régulation végétative. Des lésions des noyaux diencephaliques périventriculaires ont été constatées par Lhermitte dans un syndrome neuro-anémique. Ne connaît-on pas d'autre part une polyglobulie d'origine infundibulaire ? J'ai moi-même soutenu une théorie semblable pour la pellagre à propos de deux cas observés à Genève (1). Mais cette théorie exclusivement neurogène, si séduisante soit-elle pour des neurologistes, se heurte dans l'anémie pernicieuse à des difficultés insurmontables, car le sang et la moelle osseuse montrent une hyperactivité régénératrice des organes hémato-poïétiques avec réviviscence de stades embryonnaires, qui en aucun cas ne peut dépendre d'une simple régulation nerveuse.

L'analogie entre les dégénération nerveuses du béri-béri et de l'anémie pernicieuse a conduit les auteurs à rechercher le rôle des *vitamines* dans l'apparition du syndrome neuro-anémique (Miller et Mac Collum, Mellamby, Gildéa et Katwinkel, Cowill). L'expérimentation a montré que la carence en vitamines A et B peut produire chez l'animal des dégénération médullaires visibles au Marchi et des paraplégies spastiques correspondant à un certain degré de démyélinisation. D'autre part, on a pu constater l'absence de vitamines dans le foie de sujets morts d'anémie pernicieuse. Cependant il ne peut s'agir là que de facteurs prédisposants car, jusqu'à présent, on n'a pas pu, par

(1) G. DE MORSIER et A. STAROBINSKY. — Un cas de pellagre nerveuse à Genève. Considérations sur la pellagre sporadique. *Rev. Méd. Suisse romande*, 25 novembre 1931. — G. DE MORSIER. — Un deuxième cas de pellagre à Genève. Rôle du névraxe dans la pathogénie de la pellagre. Les psychoses pellagreuses sans érythème. *Ibid.*, 25 février 1935.

l'administration des vitamines connues, faire disparaître ou empêcher l'apparition des lésions cérébrales ou médullaires de l'anémie pernicieuse, même si le sang redevient normal. Il est facile de comprendre que le facteur capable de troubler si profondément l'hématopoïèse puisse en même temps troubler le métabolisme des lipoides au niveau des gaines myéliniques et amener ainsi les troubles médullaires et cérébraux les plus variés. Mais, pour des raisons qui jusqu'à présent nous échappent, les lésions de la myéline n'ont pas la même réversibilité que celles des organes hématopoïétiques.

Notre deuxième cas montre que parfois les rémissions peuvent se produire spontanément, ou du moins quelle que soit la thérapeutique employée. En 1914, la guérison de la première poussée anémique se fait en deux mois, à la suite d'un traitement auto-hémothérapique. En 1928, une nouvelle poussée est guérie par l'extrait de foie, également dans l'espace de deux mois. Par contre, les traitements sont restés sans effet sur les phases mentales de la maladie.

L'étude des syndromes psycho-anémiques doit être abordée enfin par la méthode génétique. On sait en effet que, dans certains cas, l'anémie pernicieuse apparaît comme une maladie *familiale* et *héréditaire*. Schaumann a pu montrer le rôle de l'hérédité dans 24 familles. Meulengracht, Hoff, Mustalin ont décrit des cas familiaux. Naegeli a vu une fois le père et le fils, deux fois la mère et la fille, atteints de maladie de Biermer. A la Clinique Médicale de Genève, Cramer a vu trois sœurs atteintes simultanément d'anémie pernicieuse botriocéphalique. Il n'est donc pas douteux qu'un facteur constitutionnel joue un rôle important. D'après Naegeli, il existe une tare familiale dans le 8 0/0 des cas. Or, d'après Bruno Schultz, les frères et sœurs des schizophrènes sans cause comme sont affectés de schizophrénie dans 8,3 0/0 des cas. Une telle concordance ne manque pas d'intérêt. Elle demande à être vérifiée par une étude génétique portant sur une grande statistique qui mettrait en évidence les rapports existant entre l'hérédité Biermérienne et l'hérédité schizophrénique.

La pathogénie des anémies pernicieuses, ainsi que celle des syndromes neuro et psycho-anémiques, est donc encore inconnue. Mais son étude ouvre des horizons nouveaux sur l'origine d'une foule de psychoses encore réputées essentielles. Elle ne pourra être menée à bien que par la collaboration étroite de la neuro-psychiatrie, de l'hématologie et de la pathologie expérimentale.

BIBLIOGRAPHIE

- BEHRENS. — *Monat. P.u.N.*, t. XLVII, 1920.
 BOLDT. — *Med. Klin.*, 1909, t. I, 696.
 BARRET. — *Am. J. Insan.*, 1913.
 BOEDECKER et JULIUSBERG. — *Arch. Psych.*, 1898, t. XXX.
 BRAUN. — *Arch. f. Psych.*, t. LXX, 1924.
 COSACK. — *Zeit. Neurol.*, t. CLII, 145, 1935.
 FRANCKE. — *Allg. Zeit. Psych.*, t. XCVIII, 1932.
 GOLDHAMER, BETHEL, ISAAC et STURGIS. — *J. Amer. Med. Assoc.*, t. CIII, 1663, 1934.
 GRAF. — *Zeit. Neurol.*, t. CXXXIX 252, 1932.
 HUBNER et MULLER-HESS. — *Arch. f. Psych.*, t. XCIX, 325, 1933.
 HULETT. — *Med. J. and Record*, 1928.
 HUTTER. — *Zentralblatt N.u.P.*, t. LXX, 642, 1934.
 ILLING. — *Monat. P.u.N.*, t. LXXVIII, 1931.
 JONES et RAPHAËL. — *Arch. of Neurol.*, t. IV, 1920.
 KLEIST. — Cité d'après Graf.
 KROLL. — *Zeit Neurol.*, t. CVI, 282, 1926.
 LANGDON. — *J. Amer. Med. Ass.*, t. XLV, 1635, 1905.
 LANGELOUDEKE. — *Zentralblatt N.u.P.*, t. LXVII, 1933.
 LAIGNEL-LAVASTINE, SCHWOB et GALLOT. — *Rev. Neurol.*, 1934, t. II, 787.
 LHERMITTE, WORMS et AJURRIAGUERRA. — *Rev. Neurol.*, 1934, t. I, 948.
 LURIE. — *Arch. of Neurol.*, t. II, 1919.
 MARCUS. — *Neur. Zentralblatt*, 1903, 453.
 MATTHIEU. — *Thèse de Paris*, 1925.
 MORSIER (G. DE). — *Arch. Suisses Neurol.*, t. XXXII, fasc. 2, 1933. (Résumé du cas 1).
 NAEGELI. — *Blutkrankheiten und Blutdiagnostik*, 1931.
 OSSENKOPP. — *Deutsch Z. Nervenheil*, t. CXVII-CXIX, 350, 1931.
 PAVIOT et DECHAUME. — *J. Med. Lyon*, 20 janvier 1933.
 PHILLIPS. — *J. Ment. Sc.*, 1931, 549.
 PINEY. — *J. of Neurol.*, octobre 1932.
 RUSSEL, BATTEN et COLLIER. — *Brain*, 1900.
 SCHOU. — *Acta P. et N.*, t. VIII, 483, 1933.
 SCHROEDER. — *Allg. Z. Psych.*, t. LXVI, 1909; *Monat. P.u.N.*, t. XXXV, 1914.
 SIEMERLING. — *Arch. f. Psych.*, t. XLV, 567, 1909.
 SIOLI. — *Arch. f. Psych.*, 1881.
 VOSS. — *Deutsche Arch. Klin. Med.*, t. LVIII, 1897.
 WARBURG et JOGERNSEN. — *Zentralblatt N.u.P.*, t. LIII, 216, 1929.
 WEIMANN. — *Zeit. Neurol.*, t. XCII, 433, 1924.
 WOHLWILL. — *Zeit. Neurol.*, t. VIII, 293, 1912; *Deutsch. Z. Nervenheil*, t. CXVII-CXIX, 776, 1931.
 WOLTMANN. — *Arch. of Int. Med.*, 1918, 791; *Am. J. Psych.*, 1924, 435.
-

UTILITARISME ET HYSTÉRIE

PAR

L. FROMENTY

Ce n'est qu'en relisant dans le texte même de Babinski sa définition de l'hystérie (1901) et l'article plus vaste de 1909 sur le « démembrement de l'hystérie traditionnelle » que l'on peut se faire une idée de l'immensité de l'œuvre du génial clinicien. L'efficacité de sa critique dans la prophylaxie de l'hystérie a été de l'ordre de celle de l'asepsie dans la pratique chirurgicale. Trop modeste pour s'en attribuer lui-même le mérite, Babinski signalait déjà, en 1909, que les accidents hystériques étaient en vingt-cinq ans devenus fort rares et il ajoutait : « Les élèves ou les jeunes médecins, qui lisent, dans les ouvrages de l'époque, la description de ces troubles, ont l'impression qu'il s'agit-là de paléopathologie. » On peut se demander si, après avoir été comme l'a écrit H. Baruk une sorte de « caput mortuum de la médecine », l'hystérie n'est pas en train de devenir une peau de chagrin, c'est-à-dire un territoire clinique qui se fait de plus en plus exigu à mesure que les progrès de la sémiologie donnent au neuro-psychiatre de nouveaux moyens de conjurer les maléfices de la grande névrose.

Babinski lui-même, d'ailleurs, se rendait compte des points faibles de sa définition. C'est ainsi qu'à propos de la valeur curative de la persuasion, il écrivait (1) : « Je prévois une objection que l'on pourrait me faire. Il n'est pas rare d'observer des cas d'hystérie incontestable se manifestant par des crises ou quelque autre accident bien caractérisé qui sont réfractaires à la persuasion, du moins en apparence ; soutiendra-t-on, pour ce motif, que l'hystérie n'est pas en cause ? Je ne prétends pas, répondrais-je, qu'on soit toujours sûr de guérir par persuasion les manifestations hystériques, je dis seulement qu'elles sont

(1) J. BABINSKI. — *Œuvre scientifique*. Masson, éd., 1934, p. 462.

toutes susceptibles (1) de guérir par ce moyen, et si, dans un cas donné, malgré l'échec essuyé par la psychothérapie, j'affirme qu'il s'agit d'hystérie, c'est que j'ai observé au préalable d'autres cas ayant un aspect clinique identique au précédent et tout à fait spécial que j'ai pu reproduire par suggestion et faire disparaître par persuasion. »

Se défiant plus que personne de la simulation, il ajoutait un peu plus loin (p. 490) : « La question de la simulation doit se poser toutes les fois qu'on se trouve en présence d'un phénomène ayant les caractères des manifestations pithiatiques ; elle ne peut pas toujours être résolue d'une manière absolument rigoureuse et il est certain qu'un grand nombre de sujets, considérés comme des hystériques, se sont simplement joués de leur entourage et de leur médecin. » Il essaie bien de fournir un moyen efficace de dépister la simulation ; mais il avoue « in petto » qu'ici l'objectivité perd ses droits quand il écrit qu'on ne peut se fonder ici que sur des raisons d'ordre moral. Il pense cependant que l'échec de la psychothérapie pratiquée dans de bonnes conditions et avec persévérance doit faire incliner du côté de l'hypothèse de la simulation.

Voici une observation curieuse qui paraît devoir illustrer remarquablement cette dernière opinion :

OBSERVATION I. — Lancr. Gabriel Alexandre, 42 ans.

Pas d'antécédents héréditaires pathologiques. Constitution robuste. Mobilisé dès le début de la guerre, fait campagne jusqu'en 1917. Après une commotion mal précisée, il est évacué du front avec un syndrome apparemment hystérique.

Il prétend ne plus pouvoir tenir le tronc en position verticale comme s'il n'avait plus de colonne vertébrale.

On le dote d'un corset muni d'une sangle postérieure élastique reliant les épaules à la région sacrée.

Avec ce corset il se tient debout normalement, mais dès qu'on l'enlève il laisse choir et pendre en avant tête, tronc et membres supérieurs. A part cela, nul ne peut déceler chez lui aucun symptôme de lésion médullaire. Considéré d'emblée comme un pithiatique, il est copieusement torpillé, en particulier par Clovis Vincent, mais sans résultat.

Aussi, le 22 juin 1917 est-il réformé et pensionné par le centre de réforme de Tours avec le diagnostic suivant : Plicature vertébrale de 45° avec la verticale à la suite de commotion. A peu près réductible en décubitus dorsal. Le lac élastique que porte le blessé corrige la moitié de la plicature. Infirmité de trente pour cent.

(1) Souligné par Babinski.

Echappant au risque de guerre, nanti d'une pension et de son appareil orthopédique, notre blessé monte un garage rapidement prospère, se marie, devient père de trois enfants qui présentent des stigmates d'hérédo-syphilis. Périodiquement, des commissions de réforme maintiennent ses droits à pension.

Vers le début de 1935 apparaissent chez lui peu à peu des symptômes typiques de paralysie générale. Le 4 juillet 1935, il entre à l'asile d'aliénés de Tours dans un accès d'agitation violente avec délire mégalomane. La formule du liquide céphalo-rachidien est la suivante : albumine 0 gr. 90 pour mille, présence de globulines, 20 lymphocytes, réaction de Bordet-Wassermann fortement positive.

Le malade, qui est entré à l'asile sans corset, et qui dans son agitation se dresse debout sur son lit, se croyant thaumaturge et faisant des gestes qu'il dit capables de guérir les autres malades, a totalement oublié sa plicature. La force de ses muscles vertébraux est si grande que, s'arc-boutant en travers de son lit métallique, il en tord les galeries latérales. Il faut cinq infirmiers robustes pour réussir à lui mettre une chemise de force. Décès le 9 juillet 1935.

Voici donc un trouble qualifié pendant seize ans de pithiatique par les neurologistes, les plus éminents qui disparaît lorsque les progrès d'une méningo-encéphalite syphilitique ont fait du malade un dément mégalomane, qui ne voit plus aucun avantage à être pensionné.

Qu'en dirait Babinski ? Dans l'article de 1909, cité plus haut, il avait pris soin de noter que sa méthode de psychothérapie ne s'était montrée inefficace que chez des sujets dont on avait de bonnes raisons de mettre la sincérité en doute. (Victimes d'accidents réclamant une indemnité, vagabonds désirant s'installer en parasites dans un hôpital). Babinski retirait donc ces malades du cadre du pithiatisme pour les transporter dans celui de la simulation.

La grande expérience de la guerre, qui, en partie, grâce à lui, montrait la récupération pour les armées de tant d'hystériques immobilisés pendant des mois dans les ambulances, n'arriva pas à détruire dans l'esprit de Babinski cette notion tant de fois formulée par lui d'une dualité foncière entre simulation et hystérie.

Mais, comme l'a fait très justement remarquer Ach. Delmas (1), si Babinski ne croyait pas que les manifestations pithiatiques étaient volontaires, il n'a sur ce point jamais apporté aucune preuve et son affirmation demeure uniquement un phénomène de croyance.

(1) *Annales Médico-psychologiques*, juillet 1935, p. 265.

Or, cette croyance de Babinski est devenue pour la plupart des médecins de la génération suivante un dogme intangible. Des psychologues ont essayé de doser la sincérité et l'inconscience des hystériques. Des physiologistes, par la méthode graphique, se sont efforcé de distinguer le mouvement hystérique du mouvement volontaire. Et, pourtant, personne encore n'a prouvé que l'hystérique, quelles que soient les autres particularités de sa constitution ou de son intelligence, n'est pas un simulateur au moment où il présente des manifestations hystéropithiatiques.

Si l'on réfléchit que, grâce à une sémiologie plus objective et plus précise, Babinski a réussi rapidement à faire baisser le pourcentage d'hystériques existant dans une collectivité hospitalière tant civile que militaire, on peut admettre qu'un jour viendra où les progrès de la neurologie permettront de faire disparaître du nombre des maladies nerveuses l'hystérie. Mais, comme on l'a déjà maintes fois fait observer, la grande névrose, après s'être appelée un temps psycho-névrose, ne pourra plus être étudiée que dans les traités de psychiatrie.

On peut se demander pourtant s'il y aurait encore des hystériques si Babinski d'abord et à sa suite, tout le corps médical, avaient adopté, à l'égard des symptômes hystéropithiatiques une position plus pragmatique. En d'autres termes, pourrait-il se trouver des manifestations pithiatiques le jour où il n'y aurait plus de médecins pour croire à la sincérité des malades qui les présentent ? La question peut paraître révolutionnaire. Cependant, que d'hystériques, qui ont réussi à apitoyer leur famille ou leur milieu qui les croyait sincères, sont un jour « dégonflés », ou plus correctement guéris tout simplement par l'œil du médecin. S'il existe encore des malades qui, après examen médical, présentent des syndromes hystériques, n'est-ce pas justement parce que leurs médecins se sont refusés à poser dans sa brutalité l'équation : hystérie = simulation.

Nous nous garderons bien de contester qu'une fois cette équation admise, il n'y aurait plus rien à étudier dans l'hystérie. Nous savons très bien que, le plus souvent, les hystériques sont de grands débiles mentaux, comme très justement H. Claude et René Charpentier le faisaient remarquer à la Société Médico-psychologique (1), et cette particularité, à elle seule, est bien capable de donner à la simulation de ces débiles un cachet très spécial.

(1) Séance de juillet 1935.

Nous n'oublions pas non plus les remarquables travaux de l'école de Dupré sur les rapports qui existent entre la personnalité de beaucoup d'hystériques et la constitution mythomanaïque.

Mais toutes ces constatations psychologiques, si utiles à qui veut mieux connaître les hystériques, ne résolvent pas à notre avis le problème de la sincérité du malade, en ce qui touche la production du symptôme lui-même. Or, en matière de diagnostic et de traitement des manifestations hystéro-pithiatiques, ce dernier point nous paraît fondamental.

En effet, les réflexions qu'on vient de lire à propos de l'évolution de l'hystérie touchée par la baguette magique de Babinski sont singulièrement corroborées par la pratique neuro-psychiatrique. Si l'hystérie n'était pas surtout et avant tout une simulation utilitaire, comment expliquer qu'elle se trouve si fréquemment chez des sujets qui sont en difficulté ou en conflit avec une institution sociale quelconque ou avec leur milieu familial ? Comment se fait-il qu'un psychiatre régional, qui voit un grand nombre de psychopathes, tant d'asile, que de consultation ou d'expertise, ne rencontre des hystériques que parmi des accidentés réclamant une rente, dans les centres de réforme où ils pullulent, parmi des détenus en mal de non-lieu dont la psychose va guérir aussitôt franchi pour toujours le seuil de la prison ?

En voici des exemples typiques :

OBSERVATION II. — Phil... Edgar, 51 ans, marchand de bestiaux.

Sans antécédents pathologiques connus, vigoureux, est assuré depuis longtemps contre les accidents.

Le 18 janvier 1935, en chargeant une voiture de veaux, il fait un mouvement maladroit de son bras fortement chargé et ressent dans le biceps une douleur violente. Le Dr Mattrais, de Chinon, qui le voit le lendemain diagnostique une rupture musculaire et prescrit 12 jours de repos.

Ce délai expiré, apprenant que son assurance fait des difficultés pour payer ce repos, Phil... a un grand dépit et se sent beaucoup plus malade. Il affirme ne pouvoir plus lever le bras et en souffrir de plus en plus. Il va voir un chirurgien (Dr Chauvenet, Thouars) qui lui prescrit un traitement externe en vue d'opérer une suggestion et porte à un mois de plus le repos conseillé. Mais l'assurance restant inerte, le malade va à son idée de plus en plus mal et assiège le chirurgien, qui nous l'adresse.

Le 9 mars 1935, examen neurologique entièrement négatif. Aucun trouble objectif de la motricité ni de la sensibilité. Le diagnostic de paralysie hystérique s'impose.

D'accord avec les deux autres médecins, nous obtenons que l'assurance fasse un geste et indemnise du temps perdu et de ses frais modiques l'assuré qui, depuis tant d'années, lui payait d'assez fortes primes. Le blessé se laisse alors persuader qu'il va pouvoir travailler. Il oublie très vite ces incidents.

Cette observation évoque la sinistrose si bien décrite et circonscrite par Brissaud puis par Roussy et Lhermitte, et dont Brissaud avait dit qu'elle était la cousine-germaine de l'hystérie. On peut se demander parfois si la ressemblance n'est pas encore plus grande et s'il ne s'agit pas de sœurs jumelles.

OBSERVATION III. — Chir..., femme Pomm..., 27 ans. (D^r Naud, de Lignéres). Une tante internée jadis à Bourges, morte à 49 ans tuberculeuse. A part cela, pas d'autre antécédent héréditaire. Fille unique. Toujours délicate. Entérite de l'enfance, appendicectomie à 18 ans. Mariée à 19 ans. Une fausse-couche de cinq mois par placenta prævia.

En mai 1934, après quelques crises émotives accompagnées d'un léger état dépressif, apparition d'une astasie-abasie telle, que la malade déclarant ne plus pouvoir remuer ses membres inférieurs doit s'aliter. Entre à l'asile de Tours le 15 mai 1934.

Examen neurologique objectif négatif.

L'interrogatoire révèle que la malade, qui est une déprimée chronique constitutionnelle avec un certain degré d'infantilisme (hypomastie, dysménorrhée), est en conflit d'abord avec sa belle-mère qui, ne comprenant pas sa fragilité et sa dépression, l'accuse sans cesse de fainéantise, ensuite avec son mari, qui exerce la profession de chef d'orchestre rural et passe ses nuits à faire danser des noces paysannes, laissant sa femme seule au logis.

Il n'est pas difficile de voir que la paralysie pithiatique a pour but de retenir à la maison le mari et d'apitoyer la belle-mère. Tous deux sont sensibles aux recommandations du médecin. Ils font à la malade de bonnes promesses d'indulgence. Le repos, une psychothérapie suggestive par des séances d'électricité font disparaître en quatre semaines tous les symptômes.

Sortie le 16 juin 1934.

OBSERVATION IV. — Bli... Paul, 21 ans, soldat de 2^e cl. au 10^e zouaves à Mourmelon. Le dépouillement des antécédents héréditaires signale un oncle du côté maternel débile mental. Le malade, entré en observation à l'asile de Tours, le 28 août 1935, est le fils unique d'un couple de vigoureux cultivateurs berrichons. Constitution robuste. En mai 1935, huit mois après l'incorporation, il avait eu une rougeole assez sérieuse. En juin, par un temps très chaud, il est en convalescence dans la ferme paternelle, où il aide à faire les foins. Un soir, après avoir éprouvé une espèce de coup de chaleur,

rentré à la maison, il fait, pour la première fois, une crise nerveuse, pour laquelle on fait appel au médecin de la famille (D^r Périchon, Le Blanc). Il arrive après la crise et prescrit du bromure. Huit jours après, vers la fin de la journée, deuxième crise identique. Elle se produit au moment où, le congé de convalescence fini, le soldat Bl... s'apprête à rejoindre son corps. On l'évacue sur l'hôpital de Châteauroux où il a trois crises en quelques semaines. Il obtient un nouveau congé, revient chez lui, mais à la première crise qui se reproduit, le médecin de famille avertit le médecin-chef de la place de Tours qui envoie une ambulance et fait entrer le malade dans notre service, où nous l'avons observé.

À l'admission il est calme, lucide, docile et il s'occupe de suite au ménage. On note cependant chez lui de l'apathie, un certain degré de débilité mentale et des préoccupations hypocondriaques sans délire proprement dit.

Le 11 septembre, à 14 heures, se produit une crise convulsive qui a duré environ un quart d'heure. Pas de cris ni de phénomènes vasomoteurs, ni morsure de langue, ni miction. Le malade se raidit, dès qu'il est sur son lit, où il a pris soin de se coucher tout habillé quelques minutes avant, prétextant qu'il est souffrant. Les contorsions augmentent vite d'amplitude. Il se met en pont sur son lit, il se tord sur son axe, étire ses bras, tord ses mains, fait des mouvements de reptation. Il souffle fortement, poussant parfois un gémissement faible. Le pouls est à 88. Les paupières closes résistent à notre main qui veut les ouvrir. Quand elle les a ouvertes de force, les yeux se révulsent en haut et en dehors, de façon à fuir le regard. Si on l'interroge d'une voix impérative il répond doucement : « J'étouffe, j'étouffe ». En raison des contorsions du malade, il est très difficile de préciser l'état des réflexes.

Le 20 septembre, deuxième crise de tous points analogue, mais au cours de laquelle je réussis à établir qu'il n'y a pas de signe de Babinski.

Troisième crise identique le 29.

Le 30, nous déclarons au malade avec fermeté que s'il prend trois fois par jour régulièrement cinq centigrammes de gardénal, il n'aura plus de crise. Pendant quelques jours il se plaint que ce médicament lui fait mal à l'estomac, mais cela ne dure pas. Après quinze jours de ce traitement qui s'écoulent sans crise, nous déclarons solennellement au malade que le résultat de cette thérapeutique est atteint et que dorénavant il ne prendra plus de gardénal. Ce qui fut fait.

Sachant que la suppression du gardénal ramène les crises chez un épileptique, qui n'en avait plus ou presque pas grâce à ce médicament, nous voulions fortifier notre conviction que le malade Bl... était un hystérique par ce critérium thérapeutique. Effectivement le malade qui resta dans le service jusqu'au 21 décembre 1935 ne présenta plus jamais une seule crise.

Signalons en outre que le 14 novembre une ponction lombaire

avait été faite en vue de compléter l'observation. Le liquide s'écoula en gouttes rares. L'analyse montra 0 gr. 18 d'albumine pour mille, pas de globulines, 3 lymphocytes. Réaction de Bordet-Wassermann négative. L'examen ophtalmologique fut négatif.

A la suite de cette ponction lombaire au cours de laquelle on n'avait soustrait au malade que six cmc. de liquide céphalo-rachidien, le malade resta quelques jours geignard, déprimé fortement, se plaignant de nausées, réclamant un bassin pour vomir. En fait, il amène seulement à ses lèvres une salive abondante et aérée, qu'il crache ostensiblement quand on l'observe.

L'observation prolongée du malade nous avait permis d'acquérir la conviction que le soldat Bl... était un débile mental ayant une tendance marquée aux préoccupations hypocondriaques et aux manifestations pithiatiques (céphalées, sitiophobie, sialorrhée provoquée, pseudo-vomissements, crises convulsives et narcoleptiques). Ces troubles divers constituant un mode de réaction de ce malade à des phénomènes physiologiques désagréables, à des peurs puériles, à des contrariétés.

Ayant pensé que s'il rejoignait son unité il redeviendrait un pilier d'infirmier et d'hôpital militaire, nous avons proposé sa réforme. Nous continuons à croire que la certitude qu'il a vite acquise dans notre service, qu'on allait le réformer, a été la cause principale de la cessation des crises, qui ne se sont plus jamais reproduites ni à l'hôpital ni chez lui.

OBSERVATION V. — Barr..., Marie, femme Boeu..., 28 ans.

Antécédents héréditaires mal connus. Instruction primaire rudimentaire. Ne peut faire une soustraction. Toujours mal réglée. Mariée à 18 ans. Deux grossesses, l'une avec éclampsie, l'autre extra-utérine. Ablation d'un ovaire sclérokystique, après syndrome d'hypoovarie. Obésité, hyperémotivité, irritabilité et paradoxalement érotisme impérieux. Vie désordonnée. Passe à bon droit pour une mauvaise mère et une épouse volage.

Endettés alors qu'ils croyaient s'enrichir, elle et son mari incendient la ferme qu'ils louaient. Inculpation.

En prison préventive et aux interrogatoires prend une attitude théâtrale et bizarre. Au lieu de répondre aux questions, elle grimace, cache son visage, minaude, frappe des pieds, laissant rarement entendre quelques paroles explosives. Mais aux interpellations énergiques la comédie cesse, l'inculpée répond brièvement, puis reprend la mimique décrite.

Les règles, qui ont cessé dès la porte de la prison franchie, ne se produiront plus pendant la détention.

Nous avons puisé ces renseignements dans le rapport d'expertise du Dr Paul Abély (1) qui le concluait par ces mots : « Est atteinte de

(1) Nous remercions vivement M. le Dr Paul Abély d'avoir bien voulu nous permettre de publier ces extraits de son rapport.

déséquilibre hystérique avec hyperémotivité, irritabilité, mythomanie motrice et psychique. Ce déséquilibre, qui s'était atténué depuis plusieurs mois, s'est exagéré à la faveur de la détention. » Mais rejetant la démence au temps de l'acte, il concluait seulement à la responsabilité atténuée.

A l'audience, l'inculpée se démena vigoureusement et resta muette. On la condamna à trois ans de prison (son mari à cinq ans).

Mais deux mois après le médecin de la prison se décidait à demander son transfert à l'asile, car elle refusait de manger et avait tenté plusieurs fois de s'étrangler.

Entrée le 2 décembre 1930 pendant l'examen médical elle ne cesse de trépigner, se cachant le visage, agitant en tous sens les bras et les mains, en des mouvements rappelant un peu la chorée, mais qui en diffèrent en ce qu'ils peuvent être arrêtés par un ordre impérieux, pour reprendre peu à peu l'instant d'après. Ils sont aussi plus monotones, moins brusques, moins dispersés, plus doux. En dehors des examens, ils s'atténuent très fortement et cessent quand la malade travaille ou ne se sent pas observée.

A l'égard des autres malades et des infirmières, la malade se révèle capricieuse, coléreuse, menteuse. La moindre contrariété déclenche les phénomènes pseudo-choréiques susdits, suivis de bouderie. Souvent alors la malade reste un jour alitée.

Le jugement est puéril. Il y a chez la malade une indifférence familiale extrême. Elle ne réclame jamais ses enfants.

Ces constatations de troubles mentaux réels et la quasi-certitude que le retour à la prison s'accompagnerait vite de la grève de la faim ou d'autres simulations du suicide nous induisent à préférer le maintien de la malade à l'asile où peu à peu elle se calme et finit par abandonner ses manifestations théâtrales. Alors elle ne vient plus à la visite que gênée, rougissante et silencieuse.

A l'expiration du délai de trois ans (celui de la condamnation), nous commençons à parler de la sortie. Mais la malade, tout aussi indifférente à la liberté qu'à sa famille, manifeste une répugnance marquée à quitter l'asile. On écrit à sa mère de venir la prendre, mais après une journée passée chez cette dernière, la malade fait une fugue, et du fond de la Vendée revient spontanément à l'hôpital, implorant qu'on veuille bien lui réserver une place de fille de service à la buanderie.

Elle y est depuis, y ayant mené longtemps une vie conventuelle, aidant pendant ses loisirs à orner l'autel de la chapelle.

Mais dernièrement nous apprenions cependant que depuis quelque temps Mme Barr. Boe... échappait souvent à la religieuse sacristine pour aller boire au café qui se trouve auprès de l'hôpital.

De cette observation nous ne voulons retenir que ce fait que la réaction hystérique de la malade ne visait qu'un but, qui a été atteint : éviter la prolongation de l'incarcération.

Il serait fastidieux de multiplier les exemples. Tout le monde en a vu de semblables. Nous n'insisterons pas davantage sur la personnalité de nos malades qui sont tous plus ou moins teintés de débilité mentale, d'hypocondrie, de mythomanie.

Ce que nous avons voulu souligner aujourd'hui et illustrer par ces observations, c'est uniquement le fait que les symptômes observés chez nos malades ont un but utilitaire. L'un veut apitoyer son entourage, l'autre avoir une indemnité, l'autre se débarrasser du service militaire, un dernier être délivré de la prison.

Le symptôme hystérique découle du ferme désir d'obtenir ce résultat utilitaire. Il disparaît quand le but est atteint. Il constitue donc bien, comme on l'a dit, une réaction spéciale du malade à un événement, à une situation donnée.

En résumé, ces quelques observations choisies entre beaucoup d'autres semblables induisent à penser que l'élément utilitaire devrait être systématiquement recherché en présence de tout syndrome donnant au clinicien l'impression d'être de nature hystéro-pithiatique.

Son absence dûment établie devant faire douter de la nature hystéro-pithiatique du syndrome considéré et inviter à revoir de plus près les symptômes de manière à trouver la voie qui permettra de dépister la lésion organique causale.

La constatation nette de l'utilitarisme, au contraire, permettant d'étayer la nature pithiatique du syndrome dans l'esprit du clinicien, lui permettra de faire usage des moyens de suggestion les plus opportuns pour obtenir la guérison, qui, si notre raisonnement est juste, n'est pas, comme le pensait Babinski, fonction uniquement du caractère plus ou moins sincère et conscient de la simulation. Selon nous, la guérison de l'accident hystéro-pithiatique, qui ne diffère de la cessation d'une maladie simulée que par d'autres particularités du caractère et de la personnalité psychologique du malade, dépend surtout et avant tout des forces de conviction respectives du médecin et du malade.

Pour guérir, le malade doit être persuadé de deux choses :

1° Que le médecin qu'il a devant lui est assez perspicace pour démasquer ce qu'il y a de volontaire dans l'élaboration du symptôme hystérique.

2° Que le médecin est capable d'agir sur l'entourage ou l'institution sociale avec quoi le malade est en conflit, de telle sorte que lui, malade, ait la certitude d'avoir, après la cure, plus d'intérêt à guérir qu'à persévérer dans la maladie.

LE RÉGIME DES ALIÉNÉS CRIMINELS ET DÉLINQUANTS EN ANGLETERRE ET EN ÉCOSSE

PAR

MADELEINE DEROMBIES

Le but proposé de cette étude était l'assistance aux aliénés criminels en Grande-Bretagne (1).

Depuis longtemps déjà, le sort de ces sujets est minutieusement réglé en Angleterre par la loi de 1884 et un asile spécial, l'asile de Broadmoor, leur est réservé. Une loi plus récente, celle de 1913, amendée par les dispositions de 1927, vient résoudre d'une manière originale, mais en partie seulement, le problème posé par certains criminels et délinquants considérés en France comme ayant une responsabilité atténuée. L'Institution d'Etat de Rampton créée pour recueillir et éduquer « les arriérés mentaux et moraux aux tendances violentes et dangereuses » représente l'effort le plus sympathique qui ait été fait dans l'Angleterre moderne en matière d'assistance.

Mais partant avec l'idée de nous en tenir aux aliénés, nous avons été amenée à prendre une vue plus large sur les criminels et délinquants anormaux. La loi anglaise (l'irresponsabilité légale surtout), plus stricte que la nôtre, écarte des établissements

(1) L'Association Amicale des internes et anciens internes en médecine des Asiles de la Seine ayant décidé, pour la première fois en 1935, d'attribuer une Bourse de Voyage à l'étranger à un interne de 3^e ou 4^e année, cette bourse de voyage fut attribuée par la Commission à Mlle le Dr M. Derombies. Le travail que nous publions ici est le rapport présenté sur son voyage par Mlle le Dr M. Derombies, qui avait choisi d'aller étudier en 1936 en Grande-Bretagne le régime des psychopathes délinquants et criminels. Cet important travail valut à son auteur le titre de « lauréate de l'Association Amicale des internes et anciens internes en médecine des Asiles de la Seine ».

d'assistance que nous nous proposons d'étudier bon nombre de ces individus, hôtes alternativement de nos asiles et de nos prisons, où ils se montrent également indésirables. Nous les avons trouvés en prison mais aussi avec eux, il faut le dire, nombre de petits mentaux et même d'aliénés « à la limite », donc incertifiables. Or, nous n'avons trouvé nulle part signalé, dans la littérature française qui s'est occupée de cette question, ni même dans la littérature belge (et cependant elle aurait eu là un droit de regard particulier, étant donné les importantes et admirables modifications qui ont été apportées dans le régime pénal belge depuis six ans), que certaines prisons anglaises possédaient, depuis très longtemps déjà, ces fameux quartiers d'observation psychiatrique qui ont été inaugurés récemment à grand orchestre dans d'autres pays. Il faut dire cependant que les Anglais travaillent pour eux-mêmes. Ils ont des institutions bien particulières, créées pour leurs besoins particuliers et, insulaires déterminés, peu leur importe que, dans les autres pays, où ni les traditions, ni les besoins ne sont les mêmes, on soit au courant de leurs méthodes ou non.

Certes, la plupart des prisons ne possèdent pas ces quartiers, mais l'idée est là, bien vivante. Et la coopération du médecin des prisons, du service social et des magistrats de certaines Cours anglaises, qui a pour but de rendre la condamnation non plus uniquement punitive, mais aussi réformatrice, nous a paru du plus haut intérêt. D'ailleurs, si le crime et la délinquance n'ont pas disparu du sol britannique, les prisons se vident, les méthodes nouvelles étant appliquées de plus en plus largement. Reste à savoir si celles-ci donneront les résultats qui en sont attendus. Nous nous sommes uniquement occupée de ce qui concernait les adultes, laissant de côté volontairement l'assistance aux enfants délinquants, qui est un vaste chapitre, et non des moins digne d'intérêt.

Nous avons dû, à notre regret, supprimer la partie relative à l'Irlande. L'organisation de ce pays était (en 1935) encore en pleine évolution ; mais dans son ensemble, similaire à celle de l'Angleterre, elle ne nous aurait rien apporté de bien neuf. Notre enquête en Ecosse a été brève, mais nous en avons rapporté des dispositions législatives intéressantes et beaucoup plus libérales qu'en Angleterre (1).

(1) Nous tenons à dire ici que partout, en Angleterre ou en Ecosse, au hasard de notre enquête, nous n'avons trouvé qu'aide amicale et indulgente compréhension pour notre inexpérience. Nous sommes heureuses, en particulier, de pouvoir citer ici les D^{rs} G. W. B. James et Donald Ross, connus

Historique

C'est en Angleterre qu'a pris naissance, il y a plus d'un siècle, l'assistance aux aliénés criminels, et c'est dans ce pays, que la question fut, jusqu'à ces derniers temps, étudiée avec le plus de soin. Une série de lois, promulguées depuis 1800, sans cesse modifiées et perfectionnées jusqu'en 1884, a permis d'édifier un système d'assistance original, où se meuvent encore avec une certaine aisance ceux qui sont chargés de l'appliquer, en dépit de l'assaut donné aux vieilles législations par les conceptions modernes du crime et de la responsabilité.

Il est curieux de noter que c'est à l'occasion d'un attentat sur la personne du roi Georges III par le dragon Hadfield en 1800, au théâtre de Drury Lane, que fut votée la première loi. Jusqu'alors, rien n'était codifié de ce qui touchait aux aliénés criminels. On s'inspirait de la loi commune (Common Law). Les aliénés étaient acquittés sur le constat de leur folie au moment de l'action, mais ils pouvaient, au détriment de la société et d'eux-mêmes, être remis en liberté, à moins que des dispositions spéciales et laissées à la décision de chaque Cour n'aient été prises.

et aimés dans le monde psychiatrique français, et dont les noms nous ont ouvert toutes les portes.

Le Dr Norwood East, commissaire des prisons, est peut-être celui que nous avons le plus mis à contribution, tant par son livre « Forensic Psychiatry » et ses rapports médicaux dont nous nous sommes largement inspirés, que par ses conseils éclairés.

Sir Hubert Bond, Président du Board of Control, entouré de ses brillants collaborateurs : miss Darwin, le Dr Rees Thomas, le Dr Evans, le Dr Wilson nous a traitée en amie. Nous avons retrouvé à l'institution de Rampton, que dirige le Dr Schneider, le même enthousiasme et la même foi ardente dans le succès de l'œuvre entreprise, nous n'oublions pas la fête de la nuit du nouvel an, donnée dans l'Institution, ni les délicates attentions réservées à l'hôte de passage.

En Ecosse, le Dr Kate Fraser, présidente du Board of Control ; le Dr Bruce, médecin de la prison de Perth ; le Dr Chyslett, du Stoneyett, mental déféctives Institution, nous ont montré comment, avec des ressources limitées mais un grand esprit de libéralité ils avaient pu organiser une existence presque heureuse pour les malheureux qui leur étaient confiés.

Enfin, nous devons une mention spéciale aux médecins des prisons de Londres, les Drs Young, Norris, Grierson, Mathewson, Hubert, ainsi qu'aux Drs Foulerton et Hopwood, de l'asile de Broadmoor, pour leur obligeance à nous donner tous les renseignements utiles.

Nous nous faisons un plaisir de remercier également nos camarades de l'association des internes et anciens internes en médecine des Asiles de la Seine, que préside le Dr René Charpentier, et les membres bienveillants du jury, qui voulurent bien nous honorer de leur confiance en nous attribuant pour la première fois la Bourse de Voyage de l'Association.

Que tous veuillent trouver ici nos remerciements.

Deux autres attentats sur la personne de sa Majesté (M. Nicholson, 1786, et John Frich, 1790) avaient déjà attiré l'attention des autorités sur les mesures à prendre à l'égard des personnes qui, sous l'influence de leur délire, commettent des crimes. Hadfield acquitté, on ne sut qu'en faire. Aussi, quelques jours plus tard, l'attorney général présentait à la Chambre des Communes un projet de loi qui fut voté, puis approuvé par le roi (« Insane offenders Bill, 1800 »). Cette loi décrétait que :

« Dans tous les cas où une personne accusée de trahison, meurtre ou félonie, s'il est prouvé que cette personne était aliénée au moment de l'action et si elle est acquittée, le jury déclarera qu'elle est acquittée pour cause d'aliénation mentale, et en conséquence de ce verdict, la cour ordonnera que cette personne soit retenue en étroite surveillance dans tel lieu et de telle manière qu'il semblera bon à la Cour, jusqu'à ce que Sa Majesté ait fait connaître son bon plaisir. Les mêmes mesures sont applicables à toute personne inculpée de quelque crime que ce soit et reconnue aliénée soit au moment de la mise en accusation, soit au cours du procès. » (Trad. Sérieux).

Pendant plusieurs années, cette loi n'eut aucun effet : on avait oublié de spécifier à qui incomberait la dépense ; aussi les seuls aliénés criminels pouvant payer pension purent être entretenus dans les asiles des comtés ; les autres restèrent en prison.

Peu à peu, cependant, en face des nécessités pressantes, on s'organisa : ce fut d'abord la construction de quartiers spéciaux annexés aux asiles (Bedlam 1816, Fisherton 1849). Ceux-ci devinrent vite insuffisants. La loi de 1840 étendait en effet aux délits la section qui, dans la loi de 1800, ne s'appliquait qu'aux cas de meurtres et trahisons. De plus, elle prévoyait que toute personne :

« Détendue après sentence de mort, déportation ou emprisonnement et présentant des signes d'aliénation mentale pouvait être, après examen, transférée dans un asile ou un établissement approprié sur un ordre du secrétaire d'Etat ; elle y resterait internée jusqu'à ce que deux médecins certifient son retour à la raison et serait ramenée, le cas échéant, à la prison pour y terminer sa peine. »

Il fallut donc prévoir de nouveaux quartiers. Ceux-ci furent tout naturellement annexés aux prisons (Woking, Millbank), première ébauche des quartiers psychiatriques, qui deviendront si en faveur de nos jours ; mais si les aliénés y étaient séparés des

prisonniers, ils étaient fort mal traités. D'autre part, dans les asiles, on se plaignait que criminels et aliénés soient mêlés. Aussi, en 1860, le parlement votait la création d'un asile spécial et, en 1863, Broadmoor s'élevait.

Législation concernant les aliénés criminels

Loi de 1884

La loi de 1884, « pour consolider et amender les lois concernant les aliénés criminels », dernière d'une longue série de lois successivement amendées, règle actuellement en Angleterre le sort des aliénés criminels. Elle s'occupe surtout des criminels devenus aliénés ; la nécessité de les assimiler aux aliénés se faisait pressante. Les règles de Mac Naghten admettant une aliénation légale différente de l'aliénation tout court, et appliquées avec une certaine rigueur, devaient faire condamner et emprisonner nombre d'aliénés authentiques.

A) DÉFINITION DE L'ALIÉNÉ CRIMINEL

La loi de 1884 réunit donc sous le nom d'aliéné criminel :

1° « Toute personne qui, ayant commis un crime, a été acquittée sur le terrain de son aliénation et doit être détenue tant qu'il plaira à Sa Majesté (aliéné du bon plaisir du Roi, His Majesty's pleasure, ou en abrégé H M's P) (loi de 1800).

2° « Tout prisonnier devenu aliéné et dont un Secrétaire d'Etat a ordonné le transfert dans un asile (aliéné du Secrétaire d'Etat, loi de 1840). »

Ces deux catégories de malades ne sont pas pour cela soumises à des dispositions identiques de la loi.

B) PROCÉDURE RELATIVE AU TRANSFERT DES CRIMINELS DEVENUS ALIÉNÉS.

« Sec. 2 : Lorsqu'il est établi par un certificat qu'un prisonnier est aliéné, le Secrétaire d'Etat peut ordonner qu'il soit transféré dans un asile comme aliéné criminel. »

Prisonnier étant ainsi défini :

« Sec. 16 : Toute personne gardée en prison ou endroit de détention pour toute raison autre que celle d'un procès civil » (donc il peut s'agir soit d'un inculpé, soit d'un condamné).

Le certificat d'aliénation décerné au prisonnier n'est pas obtenu de la même manière s'il s'agit d'une condamnation à mort ou non :

« *Sec. 3 :* Lorsqu'il apparaîtra à deux des membres du Comité de visite d'une prison (inspecteurs médicaux ou autres) qu'un prisonnier, n'étant pas sous le coup d'une condamnation à mort, est aliéné, ils pourront commettre deux médecins légalement qualifiés qui, après avoir examiné le prisonnier et s'être documentés de toutes façons, relativement à son état mental, pourront délivrer un certificat d'aliénation mentale.

« *Sec. 4 :* Dans le cas d'un prisonnier sous le coup d'une condamnation à mort, s'il apparaît au Secrétaire d'Etat, soit par un certificat délivré par deux membres du Comité de visite des prisons, soit par tout autre moyen qu'il y a quelque raison de penser que ce prisonnier est aliéné, le Secrétaire d'Etat désignera deux ou plusieurs médecins légalement qualifiés pour examiner le prisonnier au point de vue mental et lui en faire rapport. Le Secrétaire d'Etat pourra, s'il le juge bon (pouvoir discrétionnaire), transférer ce prisonnier dans un asile. »

Dans ce deuxième cas, le Secrétaire d'Etat agit à la suite d'un certificat d'aliénation ou de tout autre fait porté à sa connaissance et les experts désignés doivent faire un rapport. Dans le premier cas (sect. 3) ce sont les inspecteurs eux-mêmes qui appellent deux experts. Le rapport n'est pas exigé.

Dans les deux cas, on aboutit à un certificat d'aliénation mentale, signé des 4 experts (2 inspecteurs, 2 médecins), si le prisonnier n'est pas condamné à mort, ou par la majorité des experts seulement, s'il s'agit de la peine capitale.

On ne voit pas très bien ce qui justifie de telles variations dans la procédure. Notons que dans ce certificat il n'est parlé que de l'état mental actuel du prisonnier et non pas de son état mental au moment de l'infraction (voir responsabilité criminelle), et c'est en vertu de ce certificat — et non du rapport (qui demande peut-être une investigation des faits plus approfondie ?) — que le Secrétaire d'Etat ordonne le transfert dans un asile spécial.

C) MAINTIEN, TRANSFERT, LIBÉRATION DES ALIÉNÉS CRIMINELS

« *Sec. 4 :* Le Directeur de tout asile (qui est toujours un médecin) ou établissement où l'aliéné criminel est maintenu, doit faire un rapport au Secrétaire d'Etat au moins une fois l'an sur chaque aliéné criminel. Le Secrétaire d'Etat doit, au moins toutes les trois années de la période pendant laquelle l'aliéné criminel est main-

« tenu, prendre en considération : l'histoire, les conditions et circonstances de son internement, et décider s'il doit être maintenu ou non.

« *Sec. 5 (1)* : Le Secrétaire d'Etat peut de temps à autre ordonner le transfert dans un asile ordinaire de tel aliéné criminel détenu dans un asile, ou autre établissement, et qu'il y soit reçu et maintenu comme aliéné criminel.

« *(2)* : Le Secrétaire d'Etat peut libérer entièrement tel aliéné criminel ou le libérer conditionnellement, c'est-à-dire sous telles conditions qu'il jugera bon.

« *Sec. 4 (2)* : Le Secrétaire d'Etat pourra demander quand il le voudra à telles personnes qu'il désignera des rapports contenant tous les détails utiles sur l'aliéné criminel libéré conditionnellement.

« *Sec. 5 (3)* : S'il apparaît au Secrétaire d'Etat que telle condition n'est pas remplie ou si la libération conditionnelle est révoquée, il peut ordonner que l'aliéné criminel soit envoyé et pris en garde dans tel asile qu'il désignera. »

D) L'ALIÉNÉ CESSE D'ÊTRE UN ALIÉNÉ CRIMINEL

« *Sec. 2 (2)* : Une personne cesse d'être aliénée criminelle si elle est remise en prison ou si elle est entièrement libérée d'après cette loi ou si, ayant été condamnée, le temps de sa condamnation à la servitude pénale est accompli.

« *Sec. 3* : Un aliéné criminel n'ayant pas été jugé doit, s'il guérit, être remis en prison pour y être jugé conformément à la loi (cette disposition n'est jamais appliquée).

« *Sec. 6* : Le Directeur de l'asile où un aliéné criminel est détenu, à moins qu'il ne soit assuré de sa guérison, devra prendre toutes les dispositions nécessaires pour son placement sous la garde de quelque parent ou ami, ou dans un établissement recevant des aliénés (ordinaires).

« *Sec. 7* : Quand un aliéné criminel détenu dans un asile ou une prison est reconnu, soit par le juge ayant juridiction sur l'asile ou la prison, soit par un membre du Comité de visite de cette prison, d'après la déposition écrite et signée du Directeur de l'asile ou de la prison :

— « comme allant être libéré sous condition,

— « ou comme ayant accompli son temps de servitude pénale ou d'emprisonnement,

« et qu'il est en outre considéré par le Directeur de la prison comme toujours aliéné et incapable de vivre au dehors, le juge examinera alors l'aliéné et recherchera au moyen de témoignages médicaux ou autres le concernant s'il doit être gardé et traité et ordonnera s'il y a lieu son maintien comme aliéné dans un établis-

« sement qu'il désignera. Cet ordre entrera en vigueur un mois après
 « qu'il aura été donné et l'aliéné criminel deviendra alors aliéné indi-
 « gent. L'ordre mentionnera autant que possible le nom et l'adresse
 « de la famille de l'aliéné. Il sera toujours possible au juge qui l'a
 « dicté, ou en cas d'empêchement à n'importe quel juge ayant juri-
 « diction sur l'asile, de le remanier ou de l'annuler avant qu'il n'entre
 « en vigueur. »

Comme nous l'avions déjà fait remarquer, il existe des différences assez grandes dans les conditions de maintien des aliénés du bon plaisir du roi et celles des prisonniers devenus aliénés. Les premiers, non jugés ou condamnés après acquittement à la détention dans un asile, y sont gardés jusqu'à ce que le Secrétaire d'Etat, sur la proposition du médecin traitant, accorde une sortie problématique et lointaine — et toujours conditionnelle. Ils resteront « aliénés criminels » jusqu'à leur libération définitive. Les criminels devenus aliénés sont, ou bien remis à la justice après guérison — le temps passé à l'asile venant en déduction de leur peine — ou bien, s'ils ne guérissent pas, ils sont placés automatiquement, comme aliénés ordinaires (aliénés indigents), après l'expiration de leur peine, dans les asiles de comté d'où le médecin traitant pourra les libérer quand il le jugera utile.

Si l'on considère que ces deux catégories d'aliénés sont souvent bien difficiles à différencier (rapport de la Commission anglaise des prisons pour 1898-99), la majorité des détenus devenant aliénés au cours de leur peine étant en fait des aliénés dont la maladie mentale n'a pas été reconnue au cours de l'instruction et du jugement, on peut s'étonner que deux régimes différents leur soient appliqués.

Il n'est pas donné d'explication à cette différence de traitement. Il s'agit d'une tradition (Common law pour les H. M's P.) et d'une loi, qui, superposées dans le temps indépendamment l'une de l'autre, forment un tout assez illogique.

E) DÉPENSE DES ALIÉNÉS CRIMINELS

« *Sec. 10* : Les dépenses relatives au transfert et au maintien d'un
 « aliéné criminel, où qu'il soit détenu, sont défrayées par le malade
 « lui-même, s'il est fortuné, mais non par sa famille. C'est le Lord
 « Chancelier agissant comme administrateur de ses biens qui règle la
 « part qui lui incombe. Si l'aliéné criminel est sans ressources, les
 « dépenses sont défrayées sur un budget spécial voté par le Parle-
 « ment. »

F) DISPOSITIONS POUR LE MAINTIEN D'UN ALIÉNÉ CRIMINEL DEVENU ALIÉNÉ INDIGENT

« *Sec. 8 :* Lorsqu'un aliéné criminel devient « aliéné indigent » il
« retombera à la charge de la paroisse du Royaume-Uni où se trou-
« vait sa résidence lors de l'infraction. A défaut de cette résidence,
« le domicile de secours est ainsi désigné :

- « 1) La paroisse où l'infraction a été commise ;
- « 2) Si l'infraction a été commise en dehors du Royaume-Uni, celle
« où la personne a été appréhendée ;
- « 3) Si la personne a été appréhendée en dehors du Royaume-Uni,
« la paroisse par laquelle cette personne est entrée dans le Royaume-
« Uni.

« 4) Si l'aliéné criminel est sous les drapeaux, au service militaire
« ou naval de Sa Majesté ou s'il s'agit de la femme ou d'un enfant à
« la charge d'un militaire ou d'un marin au moment de l'infraction,
« cette personne sera à la charge de la paroisse qui se trouvait être
« le domicile de secours de cet homme au moment de son entrée
« dans le service militaire ou naval.

« Un aliéné criminel devenu aliéné indigent doit être transféré
« dans l'établissement où peuvent être envoyés les aliénés apparte-
« nant à sa paroisse ; s'il ne peut être transféré, comme doit l'établir
« un certificat signé de deux médecins qualifiés, il peut être envoyé
« dans l'asile le plus proche consentant à le recevoir et les dépenses
« afférentes à son transfert et à son maintien seront à la charge de
« sa paroisse. Par la suite, dès que l'aliéné peut être transféré, il doit
« l'être aussitôt. »

G) RESTRICTION AUX POUVOIRS DU SECRÉTAIRE D'ÉTAT ET CONDITIONS AUX TRANSFERTS

« *Sec. 9 :* Il faut, pour qu'un aliéné criminel puisse être transféré
« comme aliéné indigent, que le Secrétaire d'Etat soit, en raison d'un
« certificat médical, assuré que cet aliéné peut être traité dans un
« asile ordinaire et que le Comité de Surveillance de cet asile
« consente à l'y recevoir. Si ce Comité refuse il sera transféré et
« détenu dans n'importe quel asile ou établissement pour aliéné qui
« y consente mais il y sera transféré et maintenu aux frais de ce
« dit Comité, comme s'il y avait été placé sous la Sec. 16 de la loi de
« 1890, c'est-à-dire comme n'étant plus un aliéné criminel.

« Quand cet aliéné a été ainsi transféré et que le Comité de Sur-
« veillance déclare que son état mental est tel qu'il ne peut plus être
« traité dans l'asile et demande au Secrétaire d'Etat son transfert,
« celui-ci ordonnera le transfert et les frais seront à la charge du dit
« Comité. »

La loi de 1884 est actuellement en vigueur dans tous ses détails.

Les aliénés criminels devant la justice

Nous nous occuperons, dans ce chapitre, des personnes qui, ayant commis un crime ou un délit, sont acquittées sur le terrain de leur aliénation mentale (H. M's P.).

A) PROCÉDURE

Deux cas peuvent se présenter :

— ou le délit relève d'une Cour de juridiction sommaire ou de simple Police et le jugement est rendu par un magistrat [ou par deux ou trois, dont l'un est Président] ;

— ou bien le crime relève d'une Cour trimestrielle ou d'assises : l'aliénation doit être reconnue par un Jury.

I. — Cours de juridiction sommaire

Théoriquement, celles-ci ne s'occupent que des délits (non-indictable offences) mais, de plus en plus, elles jugent les crimes. Un individu jugé pour un délit par une de ces Cours peut néanmoins toujours faire appel auprès d'une Cour trimestrielle ou d'assises.

Dans ces cas, si, par la nature du délit, l'attitude de l'accusé ou tout autre fait, il semble que l'on ait affaire à un aliéné, le juge peut appeler un expert pour examiner l'état mental de l'accusé et en faire rapport. Celui-ci est alors gardé en prison ou mis en liberté sous caution afin d'être examiné et il suffit alors que l'accusé soit déclaré certifiable par l'expert, selon la loi de 1890 (nous verrons qu'aux autres Cours, l'aliénation n'entraîne pas toujours l'irresponsabilité), pour qu'il soit exempté de punition. S'il est fortuné et peut entrer dans un hôpital pour maladies mentales, il est libéré et placé à l'asile. Sinon, il est déféré à une institution pour indigents, où il peut être certifié par deux médecins et d'où il sera transféré dans un asile ou établissement recevant des aliénés indigents.

Une circulaire émanant du Secrétaire d'Etat en 1889, recommande aux magistrats :

« d'obtenir dans les cas douteux un rapport médical concernant l'état mental du prisonnier. Dans les cas plus sérieux, il peut être nécessaire d'envoyer en jugement des individus supposés aliénés, afin qu'il soit statué sur leur état mental par la décision d'un jury. Mais quand il s'agit d'une offense moins grave, les magistrats peu-

« vent toujours renvoyer le prisonnier afin qu'il soit traité comme
« un aliéné ordinaire, en le confiant à la garde de ses parents ou
« amis, ou en l'envoyant comme aliéné indigent dans un asile ».

Plus de 2.000 personnes sont annuellement renvoyées en prison pour examen mental et souvent le jugement est remis aux assises trimestrielles, afin que l'on puisse faire une enquête plus approfondie sur l'aliénation du sujet et transmettre les conclusions à la Cour, avant qu'un verdict ne soit rendu.

Il faut dire cependant que si dans les grands centres cette justice sommaire est rendue par des magistrats de haute science et d'une valeur indiscutable, il est de malheureux bourgs où la justice est rendue par les honorables du pays (gros commerçants, industriels, personnes ayant rendu des services politiques), désignés comme magistrats, et s'ils ne sont ni infirmes (sourds parfois), ni trop vieux (le journal : *The Penal Reformer* cite telle justice locale s'enorgueillissant de posséder un magistrat de 102 années !) trop souvent ils sont peu préparés à leur tâche et nullement compétents pour discerner l'anormalité d'un cas.

A l'encontre de ceci, nous verrons plus loin que les juges de la ville de Birmingham furent les pionniers d'une réforme extralégale à laquelle il semble qu'on ne puisse rien ajouter de mieux.

II. — *Cours des Sessions trimestrielles ou assises*

Elles s'occupent des crimes (indictable offences) ou des cas renvoyés par les juridictions sommaires pour examen supplémentaire. Si les débats y sont menés par un juge, le verdict est rendu par un jury.

Une fois mis en accusation, l'inculpé est appelé à la barre pour vérification d'identité, lecture de l'acte d'accusation et lui demander s'il plaide coupable ou non.

Ici, la défense ou l'accusation peuvent soulever la question de l'aptitude ou de l'inaptitude de l'accusé à plaider. Un jury spécial est alors désigné pour trancher cette question avec le témoignage d'un médecin expert. La loi n'impose aucun test rigide pour décider de la capacité ou non à plaider de l'individu suivant son état mental. Il suffit que le médecin affirme que l'accusé est incapable de comprendre ce qui lui est reproché, de suivre la procédure de la Cour, de différencier les plaidoiries coupable et non coupable, d'instruire la défense en sa faveur, sinon de présenter sa propre défense d'une façon intelligente, pour que les débats n'aillent pas plus loin. Si le jury accepte ce témoignage, l'accusé est alors déclaré incapable de plaider et aliéné

pendant le procès (*Insane on arraignment*) : (*Criminal lunatic act 1800*) :

« Sec. 2 : Quand une personne mise en accusation est reconnue « aliénée par un jury spécialement désigné à cet effet, cette personne « ne peut être jugée et il sera légal pour la cour devant laquelle une « telle personne est assignée d'en tenir compte et d'ordonner qu'elle « soit gardée en stricte surveillance comme aliénée criminelle de telle « façon qu'il plaira à la cour et jusqu'à ce que Sa Majesté ait fait « connaître son bon plaisir. »

Il s'agit là, comme on le voit, d'une sentence indéterminée qui ne dépend pas du fait que le crime ait été commis par la personne ou non mais uniquement de l'état mental de l'accusé, le rendant incapable de se défendre au cours des débats. Puisqu'il est aliéné, il ne peut en aucun cas être déclaré coupable ou innocent, mais s'il guérit et redevient capable de plaider, il redeviendrait aussitôt responsable et pourrait être ramené de nouveau devant le tribunal. En pratique, ce cas se présente rarement et cette règle n'est jamais suivie. Cet usage semble remonter aux temps où les avocats officiels n'existant pas, l'accusé devait plaider lui-même et à haute voix. En cas de mutisme, il fallait alors déterminer s'il s'agissait — ou d'un mutisme intentionnel, et une plaidoirie de non coupable était alors ouverte — ou d'un mutisme « *visitatione Dei* » dans le cas par exemple d'un sourd-muet, mais alors celui-ci pouvait comprendre par signes ce qui se faisait autour de lui, — ou si l'accusé restait muet, étant incapable de comprendre les débats en cours : c'était là la véritable incapacité de plaider.

Identifier l'incapacité de plaider avec l'aliénation mentale peut avoir des conséquences fâcheuses ; pratiquement, cette attitude conduit en effet à la détention comme aliéné criminel d'une personne qui n'a pas été reconnue coupable du fait imputé et qui peut être très capable d'apprécier l'injustice d'un pareil traitement. De plus, un accusé déclaré incapable de plaider (et aussi, nous le verrons, un aliéné acquitté sur le terrain de l'aliénation) ne peut faire appel (*criminal appeal act 1907*) puisqu'il n'y a pas eu en fait de condamnation. Il n'a donc aucun recours.

Aussi, est-il recommandé de déclarer, autant qu'on le peut, un aliéné capable de plaider, car alors les débats se poursuivent et l'innocence ou la culpabilité peut être établie. Le « Lord Atkin's Committee » pense qu'un accusé ne devrait être reconnu incapable de plaider que sur un certificat signé d'au moins deux médecins, à moins de cas extrêmement nets.

Mais cette pratique, néanmoins, peut aussi soulever de sérieuses difficultés. Un inculpé, aliéné de façon évidente, mais suffisamment lucide, peut en imposer au jury et lui faire croire qu'il est tout à fait capable de suivre les circonstances d'un procès, et par exemple, après avoir été trouvé capable de plaider, plaider coupable : soit pour se faire condamner (mélancolique), soit pour éviter toute investigation sur son état mental, préférant aller en prison quelque temps plutôt qu'à Broadmoor, ce qui amène fatalement quelques contradictions dans la suite des débats.

L'aliéné étant donc déclaré capable de plaider, les débats continuent. C'est alors la section II du *Trial of lunatic act 1883* qui est en cause :

« Quand au cours d'un jugement pour un acte ou omission contre la loi, il est établi que l'accusé était aliéné, c'est-à-dire irresponsable de son acte suivant la loi, au moment de l'infraction, s'il apparaît au jury que cette personne fit l'acte ou l'omission dont elle est accusée, mais qu'elle était aliénée au moment de l'exécution de l'acte ou de l'omission, le jury énoncera un verdict spécial stipulant que l'accusé est coupable de l'acte ou de l'omission, mais aliéné au moment de l'exécution de l'acte ou de l'omission.

« Quand un tel verdict sera rendu, la Cour ordonnera que le coupable soit gardé en stricte surveillance dans tel endroit et de telle façon que la Cour l'indiquera, jusqu'à ce que le bon plaisir de Sa Majesté soit connu, et il sera légal pour Sa Majesté de donner de temps à autre pour la surveillance de la dite personne, tels ordres qu'elle jugera bons. »

C'est un verdict d'acquittement qui est rendu, en dépit de sa forme bizarre : coupable mais aliéné.

Sir Herbert Stephen, dans un article du *Times* 1925, nous explique la raison de cette formule. Depuis 1800 jusqu'en 1883, on était acquitté purement et simplement sur le terrain de l'aliénation. Or, en 1840, la Reine Victoria est attaquée par un aliéné qui tire sur elle avec des pistolets chargés à blanc ; en 1882, elle est victime d'un nouvel attentat, elle n'est pas atteinte mais quelqu'un de son entourage est tué. Comme dans les deux cas le même verdict d'acquittement fut prononcé, la Reine fit remarquer que le crime était un acte illégal, à la fois et par le fait et par l'intention, et qu'un homme coupable de fait et non pas d'intention restait néanmoins coupable envers la loi et qu'un verdict rendu à cette occasion ne devait pas commencer par les mots « non coupable ». Le changement fut voté sans discussion en 1883. Depuis, de nombreuses tentatives ont été faites auprès du Parlement pour rétablir l'ancien verdict « non coupable » ; en

particulier dans l'étude présentée par Lord Atkin sur les rapports du crime et de l'aliénation en 1922, il est question de cette formule bizarre. Mais tout le monde s'entendant sur sa signification essentielle, la chose ne fut pas jugée d'importance suffisante pour provoquer un acte du Parlement.

Il est cependant question d'adopter cette formule contradictoire en Amérique.

Nous en aurons fini avec la procédure, quand nous aurons indiqué que le Criminal Appeal Act 1907 permet à tout prisonnier condamné (ou à sa défense) de faire appel sur le terrain de l'aliénation mentale et si la preuve est alors établie que celle-ci existait au moment du crime, la Cour d'Appel déclarera nul le premier verdict et le remplacera par celui de coupable mais aliéné. Par contre, si la défense n'avait pas soulevé la question de l'aliénation mentale pendant le procès, le verdict ne pourra pas être annulé, mais il sera laissé au Secrétaire d'Etat de décider et d'user de son pouvoir de pardon, si l'aliénation mentale est ensuite reconnue.

En résumé : l'aliénation mentale d'un accusé peut arrêter la procédure d'un jugement à chacune de ses étapes :

1° Avant le procès — l'accusé est en prison. Il devient aliéné du Secrétaire d'Etat (*loi 1884, Sect. 3*) (*S. of S.*).

2° Pendant la mise en accusation :

a) aliéné reconnu incapable de plaider devient H. M's P. ;

b) aliéné non poursuivi par suite de manque de preuve, H. M's P.

3° Au verdict : 1) coupable mais aliéné, H. M's P. ; 2) non coupable mais aliéné : envoyé dans un asile ordinaire.

4° En appel (C.A.A., 1907) : reconnus coupables mais aliénés (nouveau verdict), H. M's P. ; reconnus aliénés par le Secrétaire d'Etat, S. of S.

5° Condamnés reconnus aliénés (*loi 1884, Sect. 3 et 4*), S. of S.

Ces H. M's P. et la plupart des S. of S. sont sujets à des sentences indéterminées. Seuls les aliénés de la catégorie 5 jouissent de dispositions plus précises, ils effectuent leur peine à l'asile tant qu'ils ne sont pas guéris.

B) RESPONSABILITÉ CRIMINELLE

La question de l'aliénation mentale est en Angleterre séparée de celle de l'arriération mentale, pour laquelle une loi spéciale a

été édictée en 1913 ; les idiots et les imbéciles, seuls, peuvent être assimilés aux aliénés au point de vue légal comme « personnes n'étant pas saines d'esprit » ; les débiles mentaux sont à part.

Nous envisagerons donc pour le moment, la responsabilité criminelle des aliénés uniquement.

Toute l'originalité de cette question en Angleterre repose sur le fait qu'il ne suffit pas qu'une personne soit aliénée pour qu'elle soit déclarée irresponsable : il existe une aliénation légale différente de l'aliénation médicale. Ici, l'influence des conceptions traditionnelles marque de tout son poids la phraséologie analytique et métaphysique qui définit l'aliénation légale et parsème de difficultés la route du progrès. Plus soucieuse de la sécurité sociale que de la protection individuelle, la loi anglaise, en ce qui nous intéresse, paraît attardée au siècle dernier, et ce n'est que par une large interprétation de son texte que les jurés peuvent se mettre en accord avec les conceptions modernes sur les maladies mentales avant de rendre un verdict. Exposons la question, nous donnerons ensuite l'opinion de plusieurs légistes sur ce sujet.

Un court exposé historique nous fera mieux apprécier les faits : il est de coutume depuis fort longtemps de punir le criminel, non pas exactement sur l'acte commis, mais sur l'intention criminelle (*mens rea*) qu'on lui prête : un crime prémédité étant toujours plus grave qu'un crime irréfléchi ; par contre, quand il y a absence ou atténuation de « l'intention criminelle », la faute est moins lourde. D'où différents degrés dans la responsabilité. Il peut même y avoir irresponsabilité totale pour les individus entièrement privés de raison, donc, d'intention.

La première autorité suffisamment explicite en ce qui concerne l'aliénation mentale semble être, en Angleterre, Matthew Hale, qui écrivit au *xvii^e* siècle « *The pleas for the crown* ». Après avoir différencié la *dementia naturalis* (idiotie) de la *dementia affectata* (alcoolique), et de la *dementia adventita* ou aliénation vraie, il divise celle-ci en aliénation totale et en aliénation partielle. L'aliénation totale, privant l'individu de raison, le rend irresponsable. L'aliénation partielle, une mélancolie par exemple (nous aurions dit, un siècle plus tard, une *lypémanie*), ne privant pas l'individu de l'usage de sa raison, n'est donc pas une excuse à son crime. Et depuis cette époque, bien qu'un peu modifié, c'est ce principe que seul un trouble *intellectuel* peut rendre irresponsable et exempter de punition, qui se maintiendra, rigide, dans l'estimation de la responsabilité criminelle.

Le test que Hale proposait à cet effet d'appréciation, anticipe

curieusement sur les méthodes modernes qui se proposent de mesurer l'intelligence : la responsabilité pouvait être imputée à celui qui montrait une compréhension égale ou supérieure à celle que pouvait avoir un enfant de 14 ans. Celle-ci, d'ailleurs, était bien vaguement définie et les juges se seraient montrés — si l'on considère les idées de ce temps-là, — particulièrement indulgents vis-à-vis des aliénés criminels, s'ils avaient appliqué ce critère. En fait, les Cours de justice étaient plus rigoureuses que la lecture de Hale ne le laisserait supposer, et depuis lors, jusqu'à la fin du XVIII^e siècle, leur manière de voir peut être résumée dans l'opinion de Lord Justice Tracey, qui à propos de l'aliéné Arnold résumait au jury, en ces termes, les conclusions des débats : « Un aliéné ne doit être exempté de punition que s'il « est totalement privé de son entendement et de mémoire et ne « sait ce qu'il fait plus qu'un enfant, une brute ou une bête sauvage. »

Cette position extrême ne fut pas maintenue, mais les décisions des Cours furent cependant toujours rendues dans ce sens.

Mais rien ne venant indiquer de façon précise quelles étaient les conditions intellectuelles nécessaires et suffisantes pour exempter de peine un aliéné, des verdicts contradictoires furent rendus, en particulier au sujet de deux aliénés évidents, dont l'un Bowler, épileptique, fut condamné et exécuté, et l'autre, Bellingham, persécuté, fut acquitté. L'opinion publique s'alarmait, partagée entre la crainte que les médecins n'enferment des personnes saines d'esprit dans les asiles et celles qu'ils ne protègent les assassins en leur donnant la facile excuse de la folie. Et, à propos du célèbre cas Mc Naghten, un persécuté persécuteur qui fut acquitté en 1843, la question de l'irresponsabilité fut portée devant la Chambre des Lords. Celle-ci réunit une Commission qui posa aux juges les plus éminents une série de questions. Leurs réponses, en exacte concordance avec les idées de l'époque sur les maladies mentales, sont connues sous le nom de règles de Mc Naghten. C'est à ces règles que les Jurys se réfèrent, de nos jours encore, pour déterminer la responsabilité criminelle d'un aliéné. Etant donnée leur importance actuelle, nous les transcrivons :

Question 1. — « Quelle est la loi concernant les crimes commis « par des personnes affligées d'idées délirantes se rapportant à un ou « plusieurs sujets ou personnes ? Par exemple ceux commis par une « personne qui, au moment de l'action savait que celle-ci était « contraire à la loi, mais qui agissait sous l'influence d'une idée

« délirante, s'imaginant ainsi redresser un tort au venger une injure
« supposés ou encore en retirer un bénéfice public.

Réponse 1. — « Supposant que cette question ne vise que les per-
« sonnes qui agissent sous l'influence d'un délire partiel et qui sont,
« à tous autres égards, saines d'esprit, nous pensons que celles-ci
« sont néanmoins punissables, suivant la nature du crime commis, si
« elles savaient au moment de l'action qu'elles agissaient contraire-
« ment à la loi de ce pays. »

Question 2. — « Quelles sont les questions devant être soumises à
« un jury, au sujet d'une personne criminelle affligée d'idées déliran-
« tes se rapportant à un ou plusieurs sujets ou personnes lorsque la
« question de l'aliénation mentale est soulevée pour sa défense ? »

Question 3. — « Dans quels termes la question relative à l'état
« mental de l'accusé au moment de l'accomplissement du crime
« doit-elle être soumise à un jury ? »

Réponses 2 et 3. — Les jurys doivent être avertis dans tous les cas
« qu'une personne est présumée saine d'esprit et en possession d'un
« degré d'intelligence suffisant pour être responsable de ses actes, jus-
« qu'à ce que le contraire ait été établi. En outre, pour pouvoir établir
« une défense sur le terrain de l'aliénation mentale, il doit être
« clairement démontré que l'accusé agissait en conséquence d'un
« défaut de raison dû à la maladie mentale et qu'alors il ignorait
« la nature et la qualité de l'acte qu'il accomplissait, ou que s'il en
« connaissait la nature, il ne savait pas que cet acte était mauvais. Il
« est habituel de poser la question à un jury dans ces termes :
« l'accusé connaissait-il la différence entre le bien et le mal ? » Ceci
« n'est pas précis à notre avis, car il s'agit là d'une question d'un
« ordre plus général et plus abstrait alors que c'est la connaissance
« du bien ou du mal de l'acte reproché qui est en cause.

« Si l'accusé sait que cet acte est un de ceux qu'il n'aurait pas dû
« faire et que cet acte est en même temps contraire à la loi de ce
« pays, il est punissable, et il est habituel de laisser au jury de déci-
« der la question du degré suffisant d'intelligence de l'accusé lui
« permettant de savoir s'il accomplissait un acte mauvais. Et ceci
« est bon à condition d'accompagner ces recommandations des
« explications et observations qui peuvent être nécessaires dans
« chaque cas particulier. »

Question 4. — « Lorsqu'une personne commet un crime en consé-
« quence de ses idées délirantes, doit-elle en être par là-même
« excusée ? »

Réponse 4. — « La réponse dépend naturellement de la nature de
« l'idée délirante, mais en faisant les mêmes réserves que plus haut,
« c'est-à-dire en admettant que la personne a agi sous l'influence
« d'un délire partiel et qu'elle est saine d'esprit sous tous les autres
« rapports ; nous pensons qu'elle doit être considérée par rapport

« à sa responsabilité, comme placée dans les mêmes conditions que
« si les faits délirants allégués étaient réels. Si, sous l'influence de
« son délire elle suppose qu'on va la tuer et commet un meurtre se
« croyant en état de légitime défense, elle sera exemptée de puni-
« tion. Si, sous l'influence de son délire, elle se croit gravement
« injuriée ou s'imagine qu'on a porté un sérieux préjudice à sa
« personnalité ou à sa fortune et commet un meurtre par vengeance,
« elle sera susceptible d'être punie. »

Question 5. — « Peut-on demander à un médecin spécialisé dans
« les maladies mentales et ayant assisté aux débats, et n'ayant
« jamais vu l'accusé auparavant mais présent pendant l'interroga-
« toire de celui-ci et l'examen des témoins, son opinion quant à
« l'état mental de l'accusé au moment du crime et la conscience
« qu'il avait au moment de son accomplissement d'agir contraire-
« ment à la loi et s'il agissait sous l'influence d'un délire et lequel ? »

Réponse 5. — « Nous pensons qu'un médecin dans les circons-
« tances supposées ne peut être interrogé sur son opinion dans les
« termes indiqués, cette question n'étant pas uniquement une ques-
« tion de science pure où ce témoignage serait alors admissible,
« mais impliquant en elle-même une détermination de l'exactitude
« des faits, ce que seul un jury peut faire. Mais quand les faits sont
« admis et indiscutables, et s'il ne s'agit plus que de science, il
« peut être commode que ces questions soient posées sous cette
« forme générale, mais ce n'est pas là un droit. »

Bien que ces règles ne visent que des délirants, elles sont en général appliquées dans tous les cas où la question de l'aliénation mentale est soulevée, quels que soient la forme et le degré de cette aliénation : seule, peut conférer l'irresponsabilité, la preuve établie que l'individu agissait en conséquence d'un trouble de l'intelligence résultant d'une maladie mentale et qu'il ne pouvait discerner ni le bien ni le mal de l'acte qu'il accomplissait.

Nous passerons sur toutes les discussions de détails relatives au sens des termes « nature et qualité de l'acte » et « savoir » pour ne faire, à la suite des auteurs anglais, que de plus sérieuses critiques.

On peut s'étonner d'abord de voir encore en vigueur de nos jours, une loi qui, dans les réponses 1 et 4, ne vise explicitement que ceux qui « agissent sous l'influence d'un délire partiel », c'est-à-dire faite pour « une classe de délinquants qui n'existe pas et n'a jamais existé » (D^r Mercier). Même étendue à toutes les catégories d'aliénés, elle fait reposer l'irresponsabilité uniquement sur la constatation de troubles de l'intelligence, négligeant ainsi les troubles de la sphère affective et émotionnelle qui sont cependant au premier plan dans l'exécution d'un acte. Et même,

en admettant que cette loi ne puisse s'appliquer à la lettre qu'à des confus, des déments ou des arriérés, il faudrait encore prouver au jury que l'acte est une conséquence logique de ce trouble de l'intelligence. Un dément précoce, au début par exemple, commettant un meurtre immotivé, ne pourrait être absous. Que dire de tous les mélancoliques, paranoïaques ou paraphréniques, qu'une application stricte de la loi enverrait à la pendaison !

Pour être juste, il faut dire que cette loi étonnante, bien qu'appliquée encore de nos jours, fait l'objet d'une interprétation très large et tout comme pour notre mot démence qui traîne encore dans notre article 64 du Code Pénal, il s'agit de s'entendre : Sir Justice Stephen, résumant au jury les détails, au sujet d'un aliéné, nous donne un bon exemple de cette manière de voir et joue subtilement sur le mot « savoir » :

« Si, dit-il, s'adressant au jury, vous exercez votre jugement en la « matière, vous verrez probablement que « savoir qu'un acte est « mauvais » implique plus ou moins le pouvoir d'y penser de la « même manière qu'un homme sain pourrait le faire et n'importe « qui tomberait sous cette désignation qui serait privée, du fait « d'une maladie mentale, du pouvoir de passer un jugement ration- « nel sur le caractère moral de l'acte qu'il a voulu faire. » (*History of Criminal Law of England*, Stephen p. 163).

Et, cette vue est celle de la plupart des jurys. Quand, en pratique, le jury sait qu'il a affaire à un aliéné certifiable, — et l'expert a toujours le droit d'exposer ses vues sur l'état mental d'un sujet avant de conclure en s'appuyant sur les règles de Mc Naghten, — il est rare que celui-ci soit condamné, le juge qui instruit le jury, étant libre d'interpréter ces lois de façon très large. Ce juge, d'ailleurs, serait-il particulièrement peu instruit des choses de l'alinéation mentale et arriverait-il en interprétant strictement les lois de Mc Naghten à imposer ses vues au jury qui condamnerait un aliéné, les pouvoirs spéciaux conférés au Secrétaire d'Etat en application de l'article 2 de la loi de 1884 (voir plus haut) et le droit d'appel (*Criminal Appeal Act*, 1907) empêcheraient qu'une injustice soit commise. De fait, suivant l'opinion même des principaux adversaires des règles de Mc Naghten, on peut dire qu'il n'en a pas été commis (*Committee of Insanity and crime*, 1922).

Cependant, les conséquences de l'application de ce test légal, mais pour le moins un peu désuet, de la responsabilité criminelle ont été : — d'une part, de remettre l'issue du procès presque entièrement entre les mains du juge qui instruit le jury sur

la façon d'appliquer ces fameuses règles, et ceci d'une manière irrévocable, puisque les instructions ainsi données au jury sont irréfutables et qu'un verdict en faveur de l'irresponsabilité est sans appel (*Criminal appeal act. 1907*) ; l'altération de la formule légale, par d'artificieux arguments, serait-elle évidente. — D'autre part, de créer dans la procédure anglaise de singulières contradictions : le certificat d'aliénation délivré par deux juges et deux médecins dans le cas d'un prisonnier n'étant pas sous le coup d'une peine de mort, ou celui délivré par la majorité des experts dans les cas de peine capitale, et sur lequel le Secrétaire d'Etat ordonnera le transfert dans un asile, ne tient compte, il est vrai, que de l'aliénation médicale du prisonnier et non de sa responsabilité légale, et ceci non pas au moment de l'accomplissement du crime, mais au moment où le certificat est délivré. Il n'en reste pas moins que dans le cas de l'aliéné Ronald True par exemple (1922), un aliéné criminel reconnu responsable au regard de la loi et condamné, bien que déclaré aliéné par le médecin-expert, a été, quelques semaines plus tard, exempté de la punition, eu égard à cette seule aliénation, et transféré à Broadmoor. Ceci peut nous paraître illogique et les juges et les experts sont gênés quand il s'agit d'appliquer un test légal d'irresponsabilité, qu'ils sont contraints de déformer.

Ces malheureuses règles de Mc Naghten furent, on le conçoit, l'objet d'attaques ardentes et répétées de la part des autorités médicales et législatives. Une Commission Royale fut réunie pour leur examen en 1865, une autre en 1879, une Commission parlementaire en 1874. Mais la plus célèbre fut celle réunie en 1922 sous la présidence de Lord Atkin, et qui rassembla les plus éminents juristes de l'époque — après le jugement historique de l'aliéné Ronald True. Cette Commission avait pour but « de
« considérer et de faire rapport sur les changements désirables
« dans la loi et procédure actuelle se rapportant aux procès cri-
« minels, où la question de l'aliénation est soulevée pour la
« défense — et quels changements seraient désirables dans la
« loi et procédure se rapportant aux cas tombant sous l'article 2
« subsection 4 du C.L.A., 1884 (transfert des prisonniers devenus
« aliénés) ».

Les conclusions furent pour le maintien des règles de Mc Naghten (en dépit de l'opposition de la Société Médico-Psychologique), car disent les membres de cette Commission :

« On ne peut rêver de remettre à d'autres qu'à un jury, le fait de
« décider si un accusé doit bénéficier ou non de l'irresponsabilité

« conférée par l'aliénation mentale. Or, jusqu'à présent il n'a
 « jamais été donné de définition satisfaisante de l'aliénation men-
 « tale, et comme les experts se succèdent à la barre des témoins
 « apportant les conclusions les plus contradictoires, il est nécessaire
 « de donner à un jury (incompétent) un fil conducteur qui lui per-
 « mette d'apprécier clairement les faits.

« De plus, il ne faut pas oublier qu'il s'agit ici de légalité et non
 « pas de médecine : le crime est jugé par la loi en fonction de
 « l'intention criminelle. Une personne peut être aliénée, avoir l'in-
 « tentation de commettre un crime et savoir dans une certaine mesure
 « qu'elle commet un crime, et par suite en être tenue pour respon-
 « sable, la question de la punition n'étant pas nécessairement liée
 « à cette question. Ces lois d'ailleurs, ne s'appliquent pas qu'aux
 « seuls cas de crime, mais aussi à toutes les offenses mineures et si
 « le délinquant échappait à la punition, en raison d'un diagnostic
 « étayé de doutes bien équilibrés, l'application de la loi en serait
 « gravement compromise. »

C'est à cette Commission également, que fut examinée la ques-
 tion de l'impulsion irrésistible, donnant droit à l'irresponsabilité
 et la Commission émit le vœu suivant : Il devrait être reconnu
 qu'une personne accusée d'un crime est irresponsable, quand cet
 acte a été commis sous l'influence d'une impulsion consécutive à
 une maladie mentale et que cette personne était privée du pou-
 voir d'y résister (il ne s'agit pas d'un affaiblissement de contrôle,
 mais d'une perte du contrôle de la volonté).

Cette doctrine avait déjà été admise implicitement par quel-
 ques jugements des Cours : Jordan (1870), Gill (1883), Hay (1911).
 Ce fut le cas de True, — un paranoïde (meurtre immotivé),
 condamné aux assises et en appel, puis transféré par le Secré-
 taire d'Etat à Broadmoor, comme aliéné, — qui suscita la dis-
 cussion. Bien que recommandée, cette doctrine n'a pas encore
 force de loi. Dans le cas Quarmby 1920, la Cour décidait que l'im-
 pulsion irrésistible n'est pas une défense vis-à-vis de la loi. En
 1926, dans le cas Flavel, la Cour d'Appel confirma cette décision.

Mais il ne faut pas s'en étonner car, dit Sullivan (1), la doctrine
 de l'irresponsabilité basée sur l'impulsion irrésistible (trouble
 instinctivo-affectif s'il en fût), introduit le chaos dans l'ordre
 admirable de logique qui faisait du seul trouble intellectuel —
 même interprété très largement — la seule cause d'irresponsabi-
 lité. « Raccommoder cette formule usée et respectable (règles
 « de Mc Naghten) en mettant une pièce d'un modèle tout diffé-
 « rent, ne produira sans doute pas quelque chose de bien har-
 « monieux. »

(1) Crime and Insanity.

On peut encore se demander si la sécurité sociale, légitime souci du législateur, est ainsi mieux sauvegardée par une formule qui ne correspond pas à la réalité des faits. Cependant, il faut reconnaître que bien que répondant à des états d'esprit différents, les règles de Mc Naghten, parvenues jusqu'aux temps modernes à travers les méandres difficilement praticables de la tradition, et la loi de 1884 créée de toutes pièces pour faire face aux difficultés du moment et atténuer ce que la première peut présenter de nocif, se superposent utilement pour que justice soit faite. Le D^r Hamblin Smith, dont toute la brillante carrière de médecin des Cours de Justice et des prisons fut consacrée à l'étude des criminels, déclare n'avoir pas vu en 30 ans, un seul cas d'injustice commise (il s'agit de criminels). Les objections sont donc toutes théoriques, et si la procédure peut nous paraître un peu entachée de métaphysique et parfois contradictoire, elle n'en est pas moins bonne : le crime est puni, le criminel sauvé, la loi crainte et respectée : que faut-il de plus à une Société bien organisée ?

Assistance aux aliénés criminels

L'ASILE DE BROADMOOR

Tous les aliénés criminels, beaucoup s'en faut, ne vont pas à Broadmoor. Bien qu'ils soient tous soumis à toutes les dispositions de la loi de 1884, il appartient au Secrétaire d'Etat du Ministère de l'Intérieur (Home Office dont dépend le département des prisons et Broadmoor) de désigner le lieu de leur détention — si toutefois la Commission de Surveillance de l'établissement consent à les y recevoir. C'est ainsi qu'ils sont répartis en traitement dans les hôpitaux psychiatriques, asiles de comté ou de bourg et y sont maintenus selon et pendant « le bon plaisir de sa Majesté ».

La désignation du lieu de leur détention dépend de la qualité de l'offense : crime ou délit. Les délinquants ne sont pas vus en général à Broadmoor, même s'ils ont été jugés en Cour d'Assises — à moins que leur auteur n'ait un caractère particulièrement violent et dangereux. Seuls les criminels sont envoyés à Broadmoor, mais pas tous. Il y a au Springfield mental hospital une jeune mère qui, au cours d'une confusion puerpérale, avait tué son enfant.

Le tableau suivant extrait des criminal statistics, 1933, p. 129, montre la répartition de ces aliénés en Angleterre, pour 1933.

ANNÉE 1933.	ADMISSIONS						SORTIES													
	NOMBRE TOTAL			H M's P		S of S's		NOMBRE TOTAL			FIN DE LA CONdamnATION			LIBÉRÉS ENTièrement			NOMBRE TOTAL			
	Total	Hommes	Femmes	Aliénés au cours du procès	Coupables mais aliénés	Certifiés aliénés avant le procès	Certifiés aliénés après condamnation	Total	Hommes	Femmes	Sorties	Maintenus par ordre de justice	Transférés par ordre de justice	Sorties	Maintenus par ordre de justice	Transférés par ordre de justice	Libérés sous condition	Décès	Autre traitement	Réadmis par révocation de licence
Broadmoor.	52	40	12	15	24	1	12	64	47	17	1	1	4		13	18	1	26	1	1
Asiles de comté ou de bourg.	59	49	10	4	1		54	53	45	8	3	41	1		1			2	5	
TOTAL....	111	89	22	19	25	1	66	117	92	25	4	42	5		13	18	1	28	6	1

Construit en 1863, trois ans après la promulgation de la loi autorisant la création d'asiles spéciaux pour aliénés criminels, l'asile de Broadmoor — cette vieille maison de campagne — comme on dit au Home Office, demeure encore tel quel.

Situé dans le Berkshire, à une trentaine de milles à l'ouest de Londres, il s'élève sur le flanc d'une colline et couvre (ferme comprise), une superficie de 640 acres.

Broadmoor n'est pas un asile ordinaire. On n'y entre que par ordre de Justice ou du Secrétaire d'Etat, et cela se voit. On n'y trouve pas, dès l'extérieur, cet aspect coquet et avenant de la plupart des asiles anglais, mais un très haut mur d'enceinte en briques rouges qui ferme la vue, et l'ensemble a un aspect un peu rébarbatif. Cependant, l'impression de début est corrigée par l'agréable panorama que l'on peut voir de toutes les cours situées à flanc de coteau.

L'asile se compose d'un bâtiment administratif, séparant les pavillons réservés aux femmes de ceux réservés aux hommes. Tous ces pavillons n'ont qu'un étage.

Les pavillons des femmes (207 femmes présentes à la fin de l'année 1934) sont au nombre de deux, et peu séparés. On y accède par de longs corridors aux murs épais, aux fenêtres grillagées, rappelant la prison, mais assez larges ; ils comprennent le quartier des travailleuses avec l'infirmierie et l'ouvrier, le quartier des difficiles ne contenant que des cellules. Rien de bien remarquable, sinon la propreté méticuleuse et la maussaderie de l'ensemble, en dépit des gravures sous verre et des fleurs qu'on s'efforce de mettre dans les salles de réunion et les corridors.

Du côté des hommes, 7 quartiers, tous à peu près semblables (623 hommes présents au 1^{er} janvier 1934). Partout, les grilles donnent l'aspect de prison — mais d'une prison aux fenêtres larges, et où l'on pourrait se permettre de petites fantaisies. Mêmes longs couloirs que du côté femmes, mêmes portes doubles (dont une grillée) pour entrer dans les quartiers :

- 1 pavillon pour les travailleurs de l'intérieur ;
- 1 pavillon pour les travailleurs de l'extérieur (ferme) ;
- 2 pavillons de difficiles (50 pensionnaires environ) ;
- 1 pavillon de gâteaux et vieux chroniques ;
- 1 pavillon d'admission (très petit) ;
- 1 infirmierie. Un solarium pour 4 tuberculeux est attenant à l'infirmierie, dont il est séparé par une grande porte grillée. Notons que les dortoirs sont tous petits, contenant 12 lits

au maximum, et que les quartiers de difficiles sont, comme chez les femmes, composés uniquement de cellules. Ces cellules ont deux portes, dont une est grillée, une fenêtre haut placée, « incassable », et dans le mur, une fenêtre spéciale donnant sur le couloir et dont l'encadrement est évidé, de manière à donner plus de champ à l'infirmier chargé de la surveillance. Certaines cellules sont capitonnées, et là, les agités n'y ont pas de lit, mais couchent par terre sur des matelas et ont des couvertures spéciales en toile indéchirable. Ici, comme partout en Angleterre, l'emploi des moyens de contention est prohibé (n^o restraint). Ils ne s'emploient qu'exceptionnellement dans les cas d'actes chirurgicaux ou médicaux, et toujours sur un ordre spécial du médecin qui doit consigner, jour par jour, sur un livre spécial, le fait et la raison de son emploi.

Les malades à idées de suicide sont signalés à l'attention des gardiennes par une fiche rouge qui est placée sur la porte de la cellule et doit accompagner le malade dans ses changements de quartiers. Cette fiche doit être montrée et expliquée à chaque infirmier, qui doit apposer au dos sa signature, en témoignage de l'explication reçue. En cas de suicide, le surveillant responsable est immédiatement suspendu de ses fonctions, jusqu'à la prochaine réunion du Conseil de Surveillance, à moins qu'il ne puisse démontrer d'une façon évidente qu'aucune négligence n'a été commise.

Notons, dans les salles à manger, les nappes éblouissantes de blancheur sur les tables, la vaisselle en faïence, les verres et la présence de couteaux à bouts ronds, dont la lame n'est aiguisée qu'en partie.

Les cours qui séparent les quartiers sont bitumées, sombres, sans fleurs, sans arbres, sans pelouses, entourées par les bâtiments ; on ne fait d'ailleurs qu'y passer. Les terrains de récréation sont de deux sortes. Les uns sont ces cours à flanc de coteau, à vue charmante, ne communiquant pas avec les pavillons et où les pensionnaires viennent, quartier par quartier, y respirer l'air, obligatoirement ; elles ne sont pas assez nombreuses, aussi les malades s'y succèdent par groupes ; elles sont entourées des jardinets particuliers des malades.

Les autres, en dehors des grands murs de l'asile, sont les terrains de jeux où les malades soigneusement sélectionnés, viennent y faire du sport : foot-ball, cricket, pour les hommes, balle-au-camp pour les femmes, etc... Ces terrains sont naturellement entourés de murs, mais beaucoup moins élevés qu'à l'asile.

Souvent, le samedi, la salle de théâtre réunit les hommes et

les femmes pour les représentations qui leur sont données, mais auxquelles ils ne participent en rien. Il n'y a pas de cinéma, mais, par contre, la T.S.F. existe dans la plupart des quartiers. Une bibliothèque assez importante fournit des livres aux malades, mais ce qui nous a frappé davantage, c'est, du côté des hommes, une salle de lecture, avec des fauteuils de cuir, des cendriers, des journaux du jour et des illustrés, et où il est expressément recommandé de garder le silence. Notons encore une salle de billard, une chapelle catholique, une chapelle consacrée au culte anglican où officie un chapelain uniquement affecté à la maison, des parloirs extrêmement coquets où les malades reçoivent les familles toutes les après-midi, et depuis cette année, chaque premier dimanche du mois (on supprime le Service religieux de l'après-midi, ce jour-là).

La vie à l'asile est ainsi organisée : l'admission se fait à l'Infirmerie ; les malades, quels qu'ils soient, y restent 8 jours couchés, en observation. Dès l'entrée, sur un grand registre, on inscrit sous chaque nom : la condamnation, les causes et circonstances très détaillées, le rapport du médecin-expert, les antécédents héréditaires, collatéraux et personnels. A chaque fiche est jointe une photographie de face et de profil.

Après 8 jours écoulés, les malades sont répartis dans les différents quartiers. On se base, pour cela, surtout sur leurs réactions : impulsions, violence, docilité, etc..., et l'on fait suivre les différents objets qui leur appartiennent et auxquels ils ont droit : leurs habits personnels s'ils désirent les mettre (mais pas d'attifement), une lampe de poche, leurs bijoux, et même, pour certains, un canif. Le lever est à 7 h., le coucher à 7 h. 1/2, mais les malades peuvent, avec leur lampe de poche, lire au lit jusqu'à 9 h. 1/2. Ils font quatre repas par jour : petit déjeuner, déjeuner, thé, dîner. A ce propos, on prévoit les régimes médicaux et deux régimes ordinaires, dont un pour les malades qui ne veulent pas manger de la viande tous les jours, et ne peut se modifier que tous les trois mois. Le linge est plus abondant que dans nos asiles, les chemises sont changées deux fois par semaine.

Les malades ne circulent dans l'asile qu'accompagnés, et bien entendu, il n'est accordé aucune permission de sortir « sur parole », comme il en est si largement donnée dans les autres asiles anglais, ni aucun congé.

Le travail des malades, jusqu'à ces derniers temps, n'a pas été très encouragé, en raison de l'exiguïté des locaux. Aussi Broadmoor donne l'impression d'un asile peu vivant et fait plutôt pour le recouvrement.

Les travaux des hommes se répartissent ainsi :

a) ferme : laiterie, poulailler, culture des pommes de terre ; surveillance des arbres fruitiers qui sont remarquables ; jardin maraîcher. Les malades affectés à ces travaux extérieurs à l'asile occupent un quartier spécial ;

b) ateliers : cordonnerie, ébénisterie, menuiserie, tailleur, forge, reliure. Ce sont de petits ateliers, la surveillance y est facile, et peu de malades y sont employés (15 à 20 dans chaque) ;

c) cuisine : entièrement séparée de celle des femmes ;

d) ménage des quartiers.

Le travail des femmes se distribue entre :

a) la cuisine ;

b) la buanderie ;

c) la couture, où se font tous les raccommodages et tous les uniformes. A ce propos, notons qu'à Broadmoor, étant donné le peu de liberté dont jouissent les malades, on n'a pas jugé bon de les habiller tous de façon semblable. Ils peuvent porter leurs propres effets, s'ils le désirent, et pour les femmes, tout au moins, il y a un grand choix de cotonnades et de lainages avec lesquels on confectionne les robes qui sont les mêmes, été comme hiver. Pour l'hiver, on se contente de les doubler d'un lainage léger et lavable.

Tous ces quartiers sont attenants aux pavillons des femmes. Dans l'ensemble, celles-ci prennent peu d'exercice et un assez petit nombre est engagé dans les travaux de l'asile.

Le travail est rémunéré à l'heure. Un bon travailleur peut gagner environ 2 couronnes 6 par mois (40 fr. environ), mais jamais les malades ne peuvent avoir d'espèces sur eux. On leur donne des jetons spéciaux, avec lesquels on leur achète au-dehors ce dont ils ont besoin (il n'y a pas de cantine). Dans les quartiers de difficiles personne n'est occupé, sauf au ménage.

Dans l'ensemble, il faut bien le dire, les malades donnent l'impression d'une grande oisiveté et le contraste est frappant, si l'on pense à l'activité qui règne dans l'asile d'aliénés criminels à Tournai, par exemple, où tous ceux qui en sont capables sont occupés et circulent librement dans l'enceinte des bâtiments. Une pression assez forte est faite depuis longtemps par le Board of Control, chargé de la surveillance administrative de l'asile, pour que l'on introduise à Broadmoor cette méthode, à la mode en Angleterre et ailleurs, de « l'occupation therapy », dont le but est de guérir le malade par le travail systématique, n'importe

quel travail, utile ou non, rémunératif ou non, pourvu qu'il soit rééducateur et que les doigts, et surtout la pensée, soient occupés. Depuis six mois, on a fait un essai chez les femmes, celui-ci aurait, paraît-il, donné de surprenants résultats.

Des fêtes sont données aux malades : ce sont des concours sportifs, des garden-parties, une exposition des fleurs cultivées par eux. Chez les femmes, des dames charitables viennent faire des visites et apporter des cadeaux. Un chirurgien, un dentiste sont attachés à l'établissement. On est en train, d'ailleurs, de construire une salle d'opérations et un cabinet dentaire des plus modernes.

Le personnel infirmier se compose de 50 infirmières pour les femmes, 160 infirmiers pour les hommes, tous logés dans l'établissement. Un grand nombre d'entre eux possèdent le diplôme de la Société Médico-psychologique, les autres le préparent.

Remarquons que les employés des services techniques sont également diplômés, ce qui, à notre avis, est une excellente méthode, presque tous ayant, plus ou moins, à s'occuper des malades. Les infirmiers se répartissent en deux équipes : une de 7 h. du matin à 8 h. du soir, l'autre faisant le complément. Ils travaillent 4 jours d'affilée et se reposent ensuite 2 jours. Tous ont un mois de congé annuel.

Les médecins sont au nombre de 4 (pour 830 malades), dont un Directeur qui a tous les pouvoirs. Les autres ne sont que de simples assistants, dont un remplace le Directeur en son absence (Deputy superintendent).

Ils sont nommés sur titres (pas de concours), par le Home Office, et sont, en dehors de leurs devoirs médicaux, obligés de paraître aux services religieux.

Les visiteurs de l'établissement. — a) La Commission de surveillance se réunit tous les mois. Les membres en sont désignés par le Home Office. Ils s'occupent, non pas de la partie administrative, mais des malades (les lettres des malades retenues par les médecins y sont présentées), et tous les aliénés qui le désirent peuvent avoir un entretien.

b) Le *Board of Control*, qui est chargé de visiter tous les établissements d'Angleterre consacrés aux aliénés, au point de vue régime intérieur, salubrité, y fait, par l'intermédiaire d'un de ses membres, une visite annuelle. Il donne des directives au Directeur, qui les suit ou ne les suit pas. C'est au Board que l'on est redevable de l'introduction de l'occupation therapy chez les femmes.

c) Le Lord Chancelier, qui joue un rôle analogue à celui de l'Administrateur Judiciaire.

Remarquons à ce sujet que nombre d'aliénés de Broadmoor, tout en étant au point de vue légal, des aliénés criminels, conservent leurs droits civils si le médecin certifie qu'ils en sont capables. Tout comme en France, l'internement ne comporte pas l'interdiction d'office.

d) Le Home Office, pour les cas en litige.

Les rapports sont adressés par le Directeur sur chaque malade au Secrétaire d'Etat du Home Office, tous les ans, puis tous les deux ans, ensuite tous les trois ans (loi 1884, art. 4), et chaque fois qu'il en est demandé par le Secrétaire d'Etat.

Les malades et leurs familles ont droit de réclamation auprès du Secrétaire d'Etat qui demande des certificats au Directeur. Les malades ne peuvent redemander leur sortie que trois mois après qu'on leur a fait savoir que le Secrétaire d'Etat a statué sur leur cas.

Les dépenses sont défrayées :

- a) par un budget spécial voté par le Parlement ;
- b) par les prisons pour leurs prisonniers transférés ;
- c) par les malades ayant de la fortune personnelle.

Mais les familles des malades ne contribuent en aucune façon au maintien de leurs aliénés. Le régime est d'ailleurs le même pour tous. Il n'y a pas de pensionnaires, pas de séparation de classes sociales comme ailleurs.

Un malade coûte à l'Etat environ 27 sh., soit 98 fr., par semaine, si on excepte du compte les dépenses pour les bâtiments. Tout compris, bâtiment, salaires, etc., un aliéné revient à 40 sh. par semaine (160 fr. environ).

Passons maintenant à l'examen plus intéressant des pensionnaires de Broadmoor.

Admissions. — Nous avons vu que seuls vont à Broadmoor les H. M's P. et les S. of S.

Tous les H. M's P. vont à Broadmoor sans exception, qu'ils soient aliénés au cours du procès (donc non convaincus de crime), ou acquittés par suite d'un verdict spécial.

Nous avons vu quelles étaient les considérations qui déterminaient le S. of S. dans la désignation du lieu de résidence de ses aliénés : de préférence vont à Broadmoor les violents et dangereux, et les meurtriers ou inculpés de tentative de meurtre, et ceux dont l'aliénation est douteuse.

Remarquons que Broadmoor n'est pas un asile pour aliénés

difficiles, les asiles pourvoient à la garde de leurs malades dangereux et violents, à moins qu'ils ne soient S. of S., dans ce cas ils peuvent être transférés. Ces malades ne pouvant être admis à Broadmoor qu'après avoir commis un crime pour lequel ils seront amenés en cour d'assises, jugés et condamnés à être détenus à Broadmoor. Les périodes d'admission à l'asile correspondent ainsi à peu près aux assises.

Il s'agit presque toujours d'une première admission, le crime pour lequel les aliénés sont envoyés à Broadmoor étant le premier... et le dernier de leur carrière (un seul cas de récidivisme dans les annales de Broadmoor).

Presque tous sont des chroniques ; quelques-uns sont guéris avant l'arrivée, les formalités nécessitées par le jugement des cours et les transferts ayant laissé le temps à la période aiguë de s'atténuer. C'est ce qui explique d'ailleurs un peu ce fatalisme qui semble planer sur la maison : chroniques ou guéris, leur sortie ne dépend que « du bon plaisir du Roi ».

Les confusions mentales de cause inconnue et guéries y restent environ cinq ans, une folie puerpérale un an et demi à deux ans ; jamais on n'a vu de malade libéré ou transféré avant un an.

Les intervalles lucides ne sont naturellement pas considérés comme des guérisons, et nombreux intermittents attendent à Broadmoor, le retour d'un accès problématique.

Sorties. — 1) Les aliénés du Secrétaire d'Etat sortent par application de la loi de 1884. S'ils ne sont pas guéris quand le temps de leur condamnation est écoulé, ils sont alors remis en prison et transférés dans un autre asile et ne sont plus assujettis à la loi de 1884, mais à celle de 1890 sur les aliénés indigents et passent sous une autre autorité, à moins qu'ils ne restent particulièrement violents et dangereux, dans ce cas un ordre spécial les maintient à Broadmoor. S'ils sont guéris, ils sont alors renvoyés à la prison pour y achever leur condamnation. Le temps passé à Broadmoor venant en déduction du temps de leur peine. S'ils avaient été envoyés à Broadmoor avant le procès, ils sortent sur un ordre spécial du Secrétaire d'Etat.

2) Pour les H. M's P. la règle est beaucoup plus vague, le jugement les condamnant à être maintenus « tant qu'il plaira à Sa Majesté ». Guéris ou non guéris, ils restent là jusqu'à ce qu'un ordre du Sous-Secrétaire d'Etat les libère ou les transfère. La durée des détentions oscille le plus souvent entre 5 et 20 ans.

De toutes façons, la libération d'un tel aliéné sera toujours

conditionnelle : quand, sur le rapport du Directeur de Broadmoor, un aliéné de cette catégorie est considéré comme susceptible de sortir, le Home Office fera faire une enquête sur la famille. Si celle-ci est aisée ou offre des garanties sérieuses de surveillance, le malade est mis en liberté plus facilement, sinon on cherche un ami, un parent qui puisse se porter garant. S'il n'a aucune famille, le malade est remis à des œuvres charitables, telle que l'*Armée du Salut*, ou s'il n'en existe pas dans la région où résidera le malade, c'est un des correspondants du *Central Association for Mental Welfare* (volontaires) ou un *Comité d'After Care* composé d'un Docteur et d'un Magistrat du pays, ou encore la police de la paroisse qui se chargera de surveiller le malade, de faire les rapports exigés par le Home Office (3 fois par an pendant les 18 premiers mois de la libération, puis 2 par an, et, après cinq ans, seulement s'il survient un événement nouveau). Ces rapports seront adressés au Directeur de Broadmoor, et établiront que les conditions de la libération sont bien observées. Celles-ci sont naturellement variables avec chaque cas particulier : condition de résidence ; promesse de ne boire aucune liqueur alcoolisée ; au cas de confusion puerpérale, placement immédiat dans un asile, si la femme redevenait enceinte, etc...

Si les conditions ne sont pas observées, le malade est réintégré à Broadmoor, immédiatement et sans aucune formalité.

Si aucun incident n'a eu lieu, la libération entière est accordée après 5 années environ.

La scrupuleuse attention apportée par les autorités à la sortie de tels malades fait qu'il y a très peu de chances pour qu'une licence soit révoquée, et cependant il y eut, après libération conditionnelle, 493 réadmissions à Broadmoor pour une période de 71 années.

Si les malades ne peuvent pas tous être libérés, même conditionnellement, ils sont, théoriquement du moins, transférés dans d'autres asiles, quand ils ne sont plus ni violents, ni difficiles, et dans ce cas, les considérations de résidence de leur famille ont une importance primordiale. Ils n'en deviennent pas pour cela des aliénés ordinaires (sauf les S. of S.). Etant donné le nombre assez restreint des sorties, les transferts sont nécessaires pour éviter l'encombrement. Cependant la seule considération des tendances dangereuses des malades ne nous a pas semblé être l'unique cause de leur maintien à Broadmoor. Comment expliquerait-on alors, la présence d'un quartier entièrement peuplé de « vieux chroniques et gâteux ». En fait, les asiles ordinaires marquent

une tendance fâcheuse à refuser de recevoir les aliénés venant de Broadmoor (ce qui leur est toujours possible) (voir Loi 1884, restriction aux pouvoirs du Sous-Secrétaire d'Etat). Il pèse, sur les malades de Broadmoor, une double tare: celle du crime et celle de l'aliénation. Ils sont reçus à Broadmoor, en vertu d'une condamnation « coupable mais aliéné », et il règne dans cet établissement une lourde atmosphère que, ni le régime intérieur très doux, ni la situation agréable des lieux, ne parviennent à faire oublier, et les malades y restent donc, pour le plus grand nombre, la majeure partie de leur existence.

Broadmoor répond à une nécessité morale indiscutable : le souci de ne pas mélanger les prisonniers et les criminels aux malades innocents. Mais il nous semble qu'il y a crime et crime, et la conception française, si elle devenait légale, d'un asile pour aliénés difficiles, nous paraît répondre davantage aux nécessités actuelles.

La libération conditionnelle, en tous cas, appliquée avec toutes les garanties, comme elle l'est en Angleterre, nous paraît être une excellente méthode. On voudrait simplement qu'elle fût, comme en Ecosse, par exemple, plus libéralement accordée.

(à suivre).

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 11 Février 1937

Présidence : M. René CHARPENTIER, président

PRÉSENTATIONS

Conséquences psychopathiques des mouvements sociaux actuels, par MM. R. DUPOUY et M. LECÔNTE.

L'étude des états psychopathiques consécutifs aux mouvements sociaux apparaît intéressante au point de vue de l'étiologie générale des psychoses et de la prophylaxie des états d'aliénation mentale. C'est pourquoi nous revenons aujourd'hui sur cette question.

Les études statistiques comme les investigations cliniques ont permis de mettre en évidence l'étroite relation qui s'est manifestée entre les troubles sociaux de 1936, qui, on le sait, ont eu leur paroxysme au moment des grèves de juin, et l'augmentation importante du nombre des aliénés.

L'un de nous (1), dans une statistique sur les internements effectués à Henri-Rousselle en 1936, a dégagé un certain nombre de notions qu'il nous paraît utile de rappeler ici.

(1) *Réflexions sur la statistique des internements d'aliénés à Paris*, par le Dr Roger Dupouy, médecin à l'Hôpital Henri-Rousselle. Rapport de 1936 au Conseil général de la Seine.

Cette statistique a, en effet, montré que :

— le chiffre des internements effectués à l'Hôpital Henri-Rousselle, du 1^{er} juillet 1935 au 1^{er} juillet 1936, se trouve être le plus élevé de tous depuis l'ouverture du service en 1922 (2.475 contre 2.019 et 2.002) pour les deux dernières années ;

— l'augmentation importante du nombre des aliénés se fait surtout sentir à partir de février 1936 et davantage en mai et juin où, on s'en souvient, les troubles ont atteint leur maximum sous la forme de grèves massives et souvent obligatoires. En effet, ces chiffres montent respectivement pour ces deux mois à 266 et 307, alors qu'ils n'ont jamais atteint 200 en 1933-1934 et 1934-1935 à aucune époque de ces années ;

— cette augmentation, pour être globale, n'en est pas moins élective. Elle porte surtout, après l'alcoolisme (57,2 %) sur les états mélancoliques et anxieux (30,7 %) ; ceux-ci, en effet, sont montés de 264 et 289 à 378 pour ces trois périodes annuelles et leur fréquence s'est accrue également au cours des mois de mai et de juin.

Ainsi, le nombre des internements pratiqués à Henri-Rousselle s'est-il presque proportionnellement élevé avec l'acuité des troubles sociaux. Ceux-ci semblent donc exercer une action plus particulière dans la genèse des états mélancoliques et anxieux.

Cliniquement, les formes d'anxiété vague avec tendance aux interprétations et aux idées de persécution sont apparues comme assez fréquentes. L'un de nous compte d'ailleurs revenir sur ce point dans une étude plus spéciale.

Il s'agit donc, non pas de psychoses nouvelles dont l'intégration dans le cadre nosographique habituel, serait rendue difficile par leur caractère particulier, mais simplement là de formes étiologiques pouvant entrer dans ce que MM. Lévy-Valensi et Lagache ont étudié sous le nom de psychoses réactionnelles (1).

Mais tous les malades sur lesquels les événements sociaux ont pu retentir n'ont pas été internés, et, par ailleurs, n'ont pas tous été des grévistes.

Nous présentons le malade ici présent pour ces deux raisons et parce que son histoire clinique montre, tant par les renseignements fournis par l'anamnèse que par l'enquête sociale, que son inquiétude, son appréhension, sa tentative de suicide ont été provoquées et motivées par les événements en question.

(1) *Les psychoses réactionnelles*, par J. LÉVY-VALENSI, in *Le Concours médical*, janvier 1937.

OBSERVATION. — Ce malade est âgé de 41 ans et exerce le métier d'ouvrier métallurgiste. Il est entré le 25 janvier à Henri-Rousselle parce qu'il se trouvait fatigué et ressentait, selon son expression, « des angoisses » lui serrant la poitrine et la gorge et l'obligeant à respirer fort.

Actuellement il se présente comme un peu déprimé, mais sans idées délirantes, ni modification du fond intellectuel. Il est lucide et reconnaît qu'il a été bien bête de tenter de se suicider, comme il l'a fait il y a deux mois.

Histoire de sa maladie. — On peut, semble-t-il, considérer le psychisme de notre malade comme normal jusqu'au mois de juillet 1936 où survint un événement qui eut le grave retentissement que l'on sait. C'est sa désignation à la fonction de délégué d'usine.

Jusqu'en juin tout avait été normal. Notre malade, qui n'avait jamais appartenu à aucun syndicat, avait passé le cap du mois de juin de façon satisfaisante. Une seule journée de grève avait suffi pour faire aboutir les revendications des ouvriers de cette petite usine où il travaille. Mais, en juillet, conformément à la loi, notre malade est devenu délégué. Et depuis lors, nous dit-il, il s'est trouvé changé. Travaillant parmi une douzaine d'ouvriers, et à son corps défendant, il fut nommé, malgré l'existence de trois ou quatre candidatures. Laissons-lui un instant la parole pour ne pas trahir ses propos :

« C'est ces événements qui m'ont troublé la tête, docteur. Les camarades m'ont préféré. Je n'étais pas fait pour ça. J'étais d'ail-
« leurs trop vieux. Au début, ça allait à peu près bien. Au bout d'un
« certain temps ça n'allait plus. J'ai regretté d'être délégué. C'est
« alors que j'ai eu peur de tout. J'ai imaginé que mes camarades
« n'étaient pas contents, que mon patron m'en voudrait. Je me suis
« dit : Comme je ne suis pas syndiqué, ils vont s'en prendre à moi,
« faire changer le délégué, et ensuite je n'aurai plus de place, bien
« sûr. Après, ils m'empêcheront de travailler. C'est cette idée-là qui
« m'a impressionné beaucoup. J'ai lu sur les journaux que les délé-
« gués qui ne faisaient pas l'affaire étaient remplacés par d'autres
« et qu'ils ne pouvaient plus travailler. C'est alors que je suis tombé
« malade, en *septembre*. Je ne mangeais presque pas. J'ai même été
« obligé de rester un mois chez moi. Je songeais que j'avais déjà été
« chômeur en 34 et en 35 et que si je restais sans travail, à mon âge,
« c'en serait fini. En outre, la lecture des journaux m'inquiétait beau-
« coup. En lisant les « machins d'ateliers », la politique, ce qui se
« produisait dans certaines usines, tout ça m'a abattu.

« Alors, j'ai tenté de me suicider le 28 novembre. Ça ne m'a rien
« valu d'être délégué. J'ai pris peur, pensant encore que mes cama-
« rades pouvaient m'en vouloir. Je ne crois pas que ça se serait pro-
« duit si je n'avais pas été délégué. Je regrette bien ce que j'ai fait
« et sûrement je ne recommencerai jamais. »

Ces propos montrent bien la part des événements dans les préoccupations du malade.

Ainsi, peu à peu, cette inquiétude vague, diffuse, mêlée à quelques interprétations méfiantes à l'égard de ses camarades, ont amené notre délégué d'usine à se suicider. Un matin, sans en avoir rien dit à sa femme, le 28 novembre, il est allé à S., petit bourg de Seine-et-Oise, emportant un vieux revolver, et s'est tiré une balle de revolver dans la tête. Ne s'étant heureusement que blessé, il est rentré et fut traité pendant huit jours à Saint-Antoine.

Toujours inquiet, craignant d'être suspect parce que non syndiqué, le malade a alors donné le 8 décembre sa démission de délégué et s'est reposé deux mois.

Examen. — L'examen physique du malade a permis de constater ce qui suit :

- une cicatrice parallèle à l'arcade sourcilière droite avec traces de sutures, consécutive à la tentative de suicide ;
- une cicatrice sus-orbitaire gauche consécutive à une chute faite à l'âge de deux ans ;
- une cicatrice à la fois interne et externe du genou droit (blessure par balle durant la guerre).

Neurologiquement : la réflexivité tendineuse, osseuse, cutanée, la sensibilité se sont montrées normales, ainsi que l'état des pupilles, si l'on excepte le réflexe rotulien droit, aboli à cause de l'ankylose du genou que complique une atrophie crurale sus-jacente.

Nous avons encore noté : une importante édentation, totale, du maxillaire supérieur, ne laissant que quatre dents au maxillaire inférieur.

Le cœur est normal. La tension est de 13-8 au Vaquez.

Aux poumons : signes de bronchite chronique. Hernie crurale droite.

En résumé : pas de syndrome neurologique, pas d'hypertension. Il n'existe aucun stigmate d'alcoolisme, aucun cauchemar, pas de pituite, d'hyperalgie musculaire. Le tremblement digital est léger. Les aveux du malade, qui semble de bonne foi sur ce point, ne permettent pas de penser qu'il s'agisse d'un alcoolique (3/4 de litre de vin rouge par jour).

Examens humoraux et de laboratoire, effectués le 27 janvier 1937 :

Urée sanguine : 0,28.

Urines : traces d'albumine à un seul examen.

Liquide céphalo-rachidien : albumine : 0,60 ; Pandy : + ; Weichbrodt : 0 ; leucocytes : 2 ; benjoin : 00000.22222.21000. Meinicke et Bordet-Wassermann négatifs.

Sang : Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn positifs.

Antécédents. Personnels. — Pathologiques : Une otite à 7 ans. Pas de maladie vénérienne. Bronchites fréquentes.

Scolaires. — Certificat d'études.

Professionnels. — Bon ouvrier, stable. Employé 26 ans dans une maison et 11 ans dans une autre.

Militaires. — Trois ans de service en 1902. Blessé au genou et réformé en 1914.

Psychiques. — Pas d'antécédents.

Collatéraux. — Un frère en bonne santé. Une sœur morte de tuberculose.

Héréditaires. — Père décédé (aurait été alcoolique). Un frère qui serait alcoolique et aurait été interné. Pas de suicide dans la famille.

Enquête sociale. — Les renseignements fournis par sa femme sont concordants. Elle considère que tout a commencé depuis sa fonction de délégué d'usine et qu'il a été troublé dès ce moment. Il n'était pas seulement déprimé, mais il lui semblait que ses camarades lui en voulaient.

Le diagnostic qui nous paraît caractériser le mieux cet épisode psychopathique nous semble celui de dépression mélancolique avec idées de persécution vagues, mal systématisées et éphémères, d'ailleurs. Les explications du malade, la genèse de sa tentative, le caractère de ses troubles permettent de parler de *mélancolie post-émotive* ; aucun antécédent ne permet de rattacher cet accès à la psychose périodique.

On ne peut songer à une mélancolie symptomatique de paralysie générale, malgré la découverte fortuite chez ce malade, indemne d'antécédents syphilitiques, de réactions sérologiques positives dans le sang. Il n'existe aucun signe clinique de syphilis nerveuse, ni même viscérale. Les pupilles réagissent correctement et le syndrome humoral du liquide céphalo-rachidien s'est montré négatif.

Le diagnostic vers lequel on pourrait le plus pencher est celui peut-être de mélancolie présénile ou mélancolie d'involution.

L'âge du malade, sa mauvaise dentition pourraient y faire songer. A la vérité, on ne trouve aucun syndrome suffisant permettant d'affirmer ce diagnostic. Le chiffre de l'urée sanguine, la tension artérielle, le bon état général et digestif vont à l'encontre de cette hypothèse. Il s'agit-là, en quelque sorte, d'une forme de psychose réactionnelle que nous pourrions faire entrer dans les formes dites : psychoses de préoccupation (Lévy-Valensi).

Le rôle étiologique des événements sociaux nous paraît évident chez ce malade. Il ne s'est pas agi d'une simple contribution passive de l'actualité à un délire, mais d'une action effective sur le psychisme de notre malade d'un conflit provoqué par les événements eux-mêmes, apparu avec le rôle soudain de délé-

gué chez cet individu non préparé, désapprouvant le mouvement de revendications, craignant les responsabilités et les sanctions.

C'est sur ce facteur psychologique superficiel évident que nous voulions insister. Cela ne veut pas dire qu'il soit unique ; car, en effet, si beaucoup de grévistes et de délégués ont fait des psychoses, ils n'en ont pas tous fait ; mais il apparaît comme primordial, et, sans son intervention, sans doute beaucoup de malades fragilisés entrant dans notre statistique, auraient vu leur intégrité psychique se maintenir. Il y a là une notion utile à retenir du point de vue de la prophylaxie mentale.

M. RAYNEAU. — L'influence de la situation sociale actuelle dans la genèse des troubles mentaux est incontestable. Mais, le plus souvent, s'ajoute l'influence de l'alcoolisme, car ces mouvements sociaux sont le prétexte d'absorption d'alcool. Les discussions avant et surtout après les réunions politiques remplissent les cabarets. Les émotions causées par d'autres événements sociaux ont le même effet néfaste, celles, par exemple, des jeux de hasard. Il n'y a qu'à voir l'anxiété des visages des joueurs, attendant devant les vitrines des journaux l'affichage des gagnants, et leur ruée dans les comptoirs afin de se consoler ou de se réjouir. Le rôle des médecins devrait être d'attirer l'attention des pouvoirs publics sur le danger de ces pratiques.

M. Paul COURBON. — Cette communication est très intéressante à un double point de vue. D'abord elle met en évidence le rôle pathogène des excitations purement psychiques sur des sujets à équilibre mental peu stable, puisqu'aucun agent infectieux, toxique ou traumatique n'est intervenu dans cette étiologie.

Ensuite, elle montre que parmi les accès de mélancolie survenant à la présénilité, il en est qui n'ont aucun rapport direct avec l'involution présénile. Ce ne sont pas alors des accès de mélancolie d'involution. Ce peuvent être soit des accès de psychose maniaque dépressive, quand ils surviennent sans cause identifiable et ont été précédés d'autres manifestations cyclothymiques, soit, comme c'est le cas, des accès de mélancolie affective, c'est-à-dire ayant une cause exogène identifiable, cause qui est ici l'émotion devant les perturbations sociales.

Paralyse générale infantile. Hémiplégie gauche avec contracture en flexion, par MM. L. MARCHAND, Y. LONGUET et Louis ANGLADE.

Nous présentons ce malade qui est arrivé à la phase ultime de la paralysie générale infantile. L'intérêt de ce cas réside dans les différentes phases de la maladie, qui a débuté dès les premières années de la vie. Ce sujet fut d'abord considéré comme atteint d'imbécillité. Le diagnostic de paralysie générale n'a été porté qu'à l'âge de 17 ans ; mais en réalité comme le montrent les antécédents du sujet, on peut admettre que les premiers accidents ont débuté à l'âge de 4 ans 1/2.

Le malade, C... René, est entré à l'Asile Ste-Anne le 19 avril 1933, à l'âge de 17 ans, venant de l'hôpital Henri-Rousselle avec le certificat suivant : « Paralysie générale juvénile. Etat démentiel d'évolution très rapide chez un débile. Oubli des dates et des faits les plus importants (se donne trois ans, ne sait où il est). Idées hypocondriaques et de négation passagères. Infantilisme. Incurie, gâtisme, cachexie, dysarthrie, tremblement. Mydriase complète avec rigidité pupillaire. Réflexes tendineux exagérés. Langue craquelée. Hémiparésie gauche. Encéphalopathie vers quatre ans.

Sang : Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn positifs.

Liquide céphalo-rachidien : albumine : 0,50 ; glob. : + ; leuco. : 26 ; benjoin : 22222.22222.10000. Bordet-Wassermann et Meinicke positifs » (D^r Courtois).

La mère nous donne les renseignements suivants :

Père encore vivant, vit séparé de sa femme. Troubles du caractère. Excès éthyliques.

Mère bien portante. A eu d'un premier lit un enfant mort de méningite à 8 mois. Pas de fausse-couche ; Bordet-Wassermann négatif ; aucune notion de spécificité.

C... René est né à terme en juillet 1915. Il pesait 5 kilos à la naissance. Il a eu sa première dent à 5 mois 1/2 et a commencé à marcher et à parler vers 15 mois. Il paraissait en excellente santé.

En mai 1919, — il avait alors 4 ans, — on s'aperçoit, en le mettant debout, que « sa jambe gauche ne le portait plus ». On note également une anesthésie du bras et de la jambe gauche. L'enfant est resté couché pendant 10 jours ; puis le syndrome hémiplégique régressa et finit par disparaître au bout de 4 mois environ.

A 8 ans, C... R. était comme les autres enfants de son âge, mais peu joueur, timide, n'ayant pas de camarades. Il gardait une diminution notable de la force musculaire du côté gauche.

Il a été à l'école jusqu'à 13 ans. Il n'apprenait pas facilement. Il était dissipé, têtu ; il apprit cependant à lire et à écrire.

A 14 ans 1/2, il est placé dans une usine de province où on lui

confie un emploi modeste qui lui rapporte 12 fr. par jour. Son travail consistait à distribuer les lettres et les livres de comptes. Il a travaillé régulièrement dans cette usine durant deux ans.

Un matin du mois de juillet 1932, il refuse brusquement d'aller à l'usine, reste couché et pendant trois jours refuse de manger. Il n'est pas agité, mais parle seul d'un ton mélancolique ; il émet des idées de négation et des idées hypocondriaques, « il n'a plus de ventre, plus de jambes et il va mourir ». Il est soigné durant quelque temps chez lui, puis à l'Hôpital Tenon où on porte le diagnostic d'imbécillité et enfin il entre dans notre service le 19 avril 1933, neuf mois après le début des accidents.

L'examen pratiqué à ce moment montre un garçon chétif, de petite taille, amaigri, d'aspect infantile. Aucun stigmate d'hérédo-syphilis ou de syphilis acquise.

L'examen mental montre la faiblesse extrême des facultés intellectuelles ; il sait son âge, mais ne connaît pas la date de sa naissance, ni la date du jour. Il confond les différents mois de l'année. Il ne sait plus ni lire, ni écrire. Son attention, sa mémoire, son jugement sont du niveau de l'imbécillité profonde.

Il est euphorique, souriant, heureux de son sort.

Examen physique : séquelles d'hémiplégie gauche sans contracture : atrophie musculaire et léger défaut de développement des membres supérieur et inférieur gauches, pied gauche en varus équin. Les réflexes tendineux sont très exagérés, surtout au membre inférieur gauche où ils sont polycinétiques. On note un signe de Babinski bilatéral qu'on ne retrouvera pas deux jours après. La langue, d'aspect scrotale, est animée d'un léger tremblement. Dysarthrie.

Examen ophtalmologique : pupilles en mydriase, réagissent un peu à l'accommodation, mais pas du tout à la lumière. Papilles un peu pâles.

Les examens du sang et du liquide céphalo-rachidien sont positifs et les résultats sont consignés dans le certificat d'admission.

Le malade est soumis au traitement au stovarsol ; il reçoit, du 1^{er} mai au 14 août 1933, 22 gr. 1/2 de stovarsol par doses de 0 gr. 50, trois fois par semaine ; même traitement du 17 novembre 1933 au 28 février 1934, puis du 11 avril au 23 juillet 1934.

La ponction lombaire pratiquée le 28 septembre 1934 donne : albumine : 0,30 ; réaction de Pandy : + ; réaction de Weichbrodt : 0 ; leuco. : 13,2 ; réaction du benjoin : 11100.02222.10000. Elixir parégorique : 00-0. Réaction de Meinicke négative. Bordet-Wassermann positif.

On lui fait encore ensuite trois nouvelles séries de 20 gr. de stovarsol du 3 octobre 1934 au 18 octobre 1935.

Malgré le traitement, le niveau intellectuel du malade continue à baisser. Il ne parle presque plus. Il ne reconnaît plus les personnes qui font partie de son entourage habituel.

Son état physique s'est maintenu longtemps satisfaisant, mais

depuis quelques mois il s'est aggravé rapidement et l'hémiplégie gauche a pris la forme de la contracture en flexion.

Aujourd'hui, le malade se présente très amaigri : 25 kilogr., d'aspect squelettique.

Véritable fonte musculaire généralisée. Gâtisme. Escharre.

Les membres du côté gauche sont contracturés en flexion ; l'attitude n'est pas réductible. La cuisse est fléchie sur le bassin et tenue en légère adduction. La jambe est fléchie au point que le talon vient comprimer la fesse gauche. Le pied est complètement ballant. On provoque quelques mouvements de flexion des orteils en chatouillant la plante du pied.

Le membre supérieur gauche est tenu en flexion, le bras accolé au corps et l'avant-bras accolé sur le bras. Les doigts sont demi-fléchis. Le malade peut faire mouvoir son pouce et son index. La contracture est à peine réductible.

Le membre inférieur droit est tenu également fléchi, mais la légère contracture peut être vaincue. La cuisse en adduction légère vient croiser la partie antérieure de la jambe gauche. La cuisse forme un angle droit avec le tronc, et la jambe fait un angle de 45° environ avec la cuisse. Le pied droit est légèrement ballant ; la flexion et l'extension volontaire des orteils sont encore possibles, mais peu étendus.

Le membre supérieur droit n'est pas paralysé et le malade peut accomplir quelques mouvements automatiques, tels que celui de se frapper la poitrine.

Pas de paralysie de la face, mais aspect figé.

Les réflexes rotuliens sont très vifs, malgré l'atrophie musculaire, plus vifs du côté gauche. Les achilléens sont conservés. Pas de Babinski, pas de clonus des pieds.

Pas de troubles trophiques de la peau ni des ongles.

La sensibilité au tact et à la douleur est conservée des deux côtés. Il est impossible, en raison de l'état mental du sujet, d'examiner les autres sensibilités.

Ce malade n'a jamais présenté de crises épileptiformes.

Il est fréquent de constater à la phase terminale de la paralysie générale infantile une paraplégie qui peut prendre l'attitude en flexion comme dans le cas présenté ici même par MM. Toulouse, Courtois et Mareschal (1). A un examen superficiel, on pourrait, chez ce malade, poser ce diagnostic. Ce serait une erreur. Les troubles moteurs ne doivent pas être interprétés de cette façon. En réalité, il s'agit d'une hémiplégie gauche avec contracture en flexion des deux membres et ce n'est que tardivement que le membre inférieur droit a pris aussi une attitude en flexion.

(1) E. TOULOUSE, A. COURTOIS et MARESCHAL. — Paralysie générale infantile simulant l'imbécillité avec syndrome de Little. *Soc. Méd.-Psych.*, 14 avril 1932.

On peut relier l'hémiplégie actuelle à l'hémiplégie présentée par le sujet à l'âge de 4 ans 1/2. Celle-ci s'est améliorée dans la suite sans traitement spécifique, au point que ce malade a pu rendre quelques services jusqu'à l'âge de 16 ans ; mais, dès les premières manifestations de la paralysie générale, le syndrome hémiplégique est réapparu et a continué à progresser en prenant la forme en flexion que nous venons de décrire. Il est curieux de constater cette aggravation de l'hémiplégie infantile sous l'influence du processus méningo-encéphalitique qui a porté son action prédominante sur les régions corticales antérieurement touchées. Comme le fait remarquer Devallet (1) qui cite des cas semblables, il existe « une parenté étroite entre les deux processus ; il s'agit d'une évolution en deux temps coupée par une période de rémission plus ou moins longue ».

Quant au traitement par le stovarsol, il a amené une légère réduction des réactions humorales du liquide céphalo-rachidien mais, comme dans les cas présentés à la dernière séance par l'un de nous avec MM. Brissot et Delsuc, il n'a eu aucun effet sur l'évolution de la maladie.

Nous pensons que chez ce sujet, en nous basant sur des cas semblables précédemment étudiés, l'hémiplégie gauche en flexion n'est pas due à une perte de substance au niveau de la région motrice droite, mais à une atrophie scléreuse du cortex plus prononcée à ce niveau que dans les autres régions cérébrales.

Un cas de paralysie générale survenue 3 ans 1/2 après le chancre, par MM. L. MARCHAND, Y. LONGUET et Louis ANGLADE.

Les cas de paralysie générale qui surviennent dans les premières années après l'accident primitif sont rares. C'est ainsi que, sur 95 cas de paralysie générale, observés par Mattquenschek et Pilcz (2), on ne trouve que 3 cas développés au cours de la 3^e année, 1 cas après 4 ans, 5 cas après 5 ans. Parmi les cas que nous avons pu relever dans la littérature médicale, nous pouvons citer ceux de Planchu (3), de Marchand et Petit (4), de

(1) J. DEVALLET. — La paralysie générale chez l'enfant. *Thèse de Paris*, 1935, p. 32.

(2) MATTQUENSCHER et A. PILCZ. — Syphilis et paralysie générale, cités par de Clérambault, in *Bulletin de la Société Médico-Psychologique*, 1912.

(3) PLANCHU. — Paralysie générale syphilitique précoce. *Lyon Médical*, 1898, n° 23.

(4) L. MARCHAND et G. PETIT. — Paralysie générale précoce ayant débuté deux ans après l'accident primitif syphilitique. *Soc. de Psychiatrie*, 16 décembre 1909 et *Revue de Psychiatrie*, janvier 1910.

Truelle et Brousseau (1), de Marchand et Picard (2), où la paralysie générale est survenue 2 ans après le chancre ; ceux de Ehlers (3), de Dupouy et Hyvert (4), de Marchand et Courtois (5), où le chancre datait de 3 ans ; le cas de Serrigny (6) et celui de Raymond (7), sont survenus respectivement 4 et 5 ans après l'infection.

Dans l'observation suivante, la paralysie générale est survenue 3 ans 1/2 après l'accident primitif constaté par le médecin qui a soigné le malade au moment de l'infection.

M. G..., âgé de 41 ans, porteur à la Gare du Nord, est entré dans le service le 8 janvier 1937, venant de l'Hôpital Henri-Rousselle, avec le certificat suivant :

« Paralysie générale. Affaiblissement intellectuel. Appoint alcoolique. Loquacité, propos incohérents. Désordre du comportement. S'est promené nu dans sa boutique. Impulsivité, violences. Brutalités envers sa femme. Euphorie, satisfaction. Onirisme délirant. Projets mégalomaniacques. Inégalité pupillaire au profit de la droite. Argyll. Dysarthrie.

« Liquide céphalo-rachidien : albumine : 0,93 ; globulines : ++ ; leucocytes : 110 ; benjoin : 22222.21222.21000 ; élixir parégorique : 11-1. Bordet-Wassermann et Meinicke positifs. » (D^r Dupouy).

A son entrée, ce malade s'est présenté à nous aimable et souriant, répondant volontiers aux questions. Il est très mal orienté dans le temps et dans l'espace. Son fonds mental est nettement touché. Il présente de gros troubles de la mémoire et du jugement. Les souvenirs scolaires sont pauvres. Il fait de grosses erreurs sur les opérations simples qui lui sont proposées, ne rectifie pas les phrases absurdes. Bien que paraissant au courant des événements actuels, il fait preuve d'un optimisme délirant : « Tous les conflits sociaux sont terminés. Il n'y a plus que 4.000 chômeurs qui sont bien payés. La France est très bien avec l'Allemagne qui est très généreuse. Ce n'est plus Hitler qui commande, mais Goering. »

(1) TRUELLE et BROUSSEAU. — Un cas de paralysie générale juvénile. *Soc. Clin. de Méd. Ment.*, 19 juillet 1920.

(2) L. MARCHAND et J. PICARD. — Paralysie générale apparue deux ans après l'infection. *Soc. Clin. de Méd. Ment.*, 3 avril 1927.

(3) EHLERS. — *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 9 janvier 1908.

(4) DUPOUY et HYVERT. — Un cas de paralysie générale juvénile. *Soc. Clin. de Méd. Ment.*, 1925.

(5) L. MARCHAND et A. COURTOIS. — Traumatisme cranio-cérébral. Contamination spécifique. Paralysie générale trois ans plus tard. *Soc. Méd. des Hôp.*, 18 mai 1928.

(6) SERRIGNY. — Un cas de paralysie générale pendant une syphilis secondaire. *Ann. Méd.-Psych.*, déc. 1900.

(7) RAYMOND. — *Arch. Gén. de Médecine*, 1905.

Il est euphorique : « Je me sens très bien, j'ai tout ce que je désire, le plus grand confort ; rien ne me manque. Je suis aimable et bienveillant avec tout le monde. » Il n'a jamais été malade, mais se souvient avoir eu un chancre il y a 4 ans, qui l'a beaucoup fatigué. Il a eu une dizaine de crises au cours desquelles il tombait et se mordait parfois la langue.

Par son entourage, nous avons appris que le début des troubles datait de six mois environ. Sa femme, qui tient un débit de boisson, a remarqué qu'il perdait la mémoire et qu'il devenait violent. Tous ces troubles étaient mis sur le compte d'excès éthyliques. Il buvait quotidiennement un litre de vin et quelques apéritifs. Il s'était mis à faire des dépenses absurdes, promettait de donner de l'argent à tout le monde. Une nuit, il a réveillé son propriétaire, « pour faire bâtir un stade ». Il voulait toujours faire du feu et bourrait exagérément le poêle. Il frappait les clients de sa femme, et empêchait cette dernière de les servir. S'est promené une fois nu dans sa boutique.

Nous n'avons rien relevé de particulier dans les antécédents collatéraux. Quant à G..., il semble n'avoir jamais été sérieusement malade avant la syphilis qu'il a contractée en janvier 1933. Les renseignements donnés par sa femme ont été confirmés par le médecin qui l'a soigné au moment de son chancre et qui a délivré un certificat en date du 2 janvier 1937, constatant que, quatre ans auparavant, il avait soigné G... pour un accident primaire de syphilis et lui avait fait une série d'injections de novarséno-benzol.

L'examen physique révèle immédiatement une dysarthrie nette, exagérée par les mots d'épreuve. Il existe un léger tremblement digital et lingual.

Les pupilles sont légèrement irrégulières, inégales, la droite plus dilatée que la gauche. Elles ne réagissent pas à la lumière ni à la distance.

Les réflexes rotuliens sont normaux, les réflexes achilléens très diminués.

Il n'existe pas de troubles de la sensibilité.

Les autres appareils semblent cliniquement indemnes. Il existe cependant un peu de leucoplasie jugale bilatérale.

Les urines ne contiennent pas d'albumine, mais du sucre (6 gr. 70 par litre).

Les réactions de Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn sont positives dans le sang.

Les réactions positives du liquide céphalo-rachidien sont indiquées dans le certificat d'entrée.

Il nous semble que chez ce malade le diagnostic de paralysie générale ne fait aucun doute.

Il s'agit d'un cas classique tant au point de vue des manifestations mentales que des symptômes physiques et humoraux.

Nous écartons le diagnostic de syphilis cérébrale qui peut sur-

venir très rapidement après l'accident primitif. Chez ce sujet, on ne trouve aucun symptôme de lésion localisée ; les troubles délirants et l'affaiblissement intellectuel ne ressemblent pas à ceux que l'on rencontre dans la syphilis cérébrale. Nous insisterons cependant sur l'intensité des réactions humérales, et notamment de la leucocytose qui atteint 110 éléments par mm³.

Ce malade a bien présenté, dans la première année qui a suivi le chancre, des crises épileptiformes. Celles-ci, qui ne se sont pas reproduites depuis, peuvent être aussi bien dues à une localisation précoce de la syphilis sur le cerveau qu'à des excès éthyliques anciens et avérés qui ont pu jouer un rôle favorisant dans l'apparition de la paralysie générale.

Depuis le début de sa syphilis, le malade n'avait reçu qu'une série de novarsénobenzol. En réalité, la syphilis a été mal traitée.

M. RAYNEAU. — J'ai, pendant la guerre, reçu dans mon service un capitaine d'artillerie porteur du syndrome de la paralysie générale, et qui, d'après les bulletins d'hôpital, n'avait contracté la syphilis que 6 mois plus tôt. C'était à la fin de 1918, il avait fait toute la guerre. L'intensité du surmenage et des fatigues est peut-être pour quelque chose dans la précocité d'apparition des troubles mentaux paralytiques à une date si rapprochée du chancre.

M. P. COURBON. — En ce qui concerne le malade de M. Rayneau, on peut dire que si le chancre a été réellement identifié comme syphilitique, il s'agissait peut-être d'une surinfection.

En ce qui concerne le malade de M. Marchand, je signale que, dans le courant de la semaine dernière, remplaçant le médecin de l'Admission, j'ai interné et envoyé à Ville-Evrard, un paralytique général avec ictus épileptiformes qui, d'après ses dires, mais il faudrait les contrôler, n'avait contracté la syphilis qu'il y a 4 ans.

Syndrome de Cotard chez une jeune fille de 20 ans. Guérison (présentation de malade), par M. MIGNOT et M^{lle} LACASSAGNE.

La malade que nous avons l'honneur de présenter nous a paru intéressante à un double point de vue : tout d'abord, la rareté du syndrome de Cotard chez une malade aussi jeune, — il s'agit, en effet, d'une jeune fille de 20 ans — en deuxième lieu, parce que les troubles ont disparu au bout de quelques mois, et nous vous présentons aujourd'hui la malade guérie.

Mlle A... est née en 1915. Ses parents, concierges, sont vivants et bien portants, adorent leur fille unique. Un cousin germain du père a été interné pour épilepsie ; il est mort à 25 ans.

La jeune fille a eu la rougeole, quelques angines, une appendicéctomie vers 11 ans. Elle a eu ses premières règles à 12 ans ; elle est bien réglée depuis.

Elle a fait de bonnes études ; elle a passé son B.E. à 16 ans et depuis travaille comme sténo-dactylo. Nous avons eu la bonne fortune d'avoir des renseignements précis sur cette période de sa vie par sa directrice et ses professeurs qui, toutes, se sont intéressées à elle. C'était une enfant joyeuse, ardente aux jeux et au travail ; très franche, douée d'une imagination vive, elle aimait particulièrement la lecture, et, vers 17 ans, sa personnalité se précise d'une manière intéressante : ambition de développement général, élargissement de tous les intérêts intellectuels ; goût des lectures profondes et instructives ; don marqué d'observation ; elle est en outre très portée à l'introspection.

Son professeur de lettres, qui est en même temps son amie, note encore que, « dans ses enthousiasmes, ses sentiments, ses ambitions, il n'y a pas trace d'exaltation chez elle ; le plus souvent, la raison domine et discipline l'émotivité ».

Au mois de février 1935, projet de fiançailles avec un camarade d'enfance. Il semble bien que la jeune fille se soit laissée fiancer sans grand amour, et que son imagination l'ait trompée, ce qu'elle semble avoir entrevu, plus ou moins consciemment. « Je me rends compte, dit-elle, que je lui ai écrit des lettres idiotes, où il y avait beaucoup d'imagination ; il ne savait comment me répondre, et m'écrivait peu ; je me suis fait du souci. »

Quoi qu'il en soit, c'est peu après que commencent les troubles, par de l'insomnie. Pendant la nuit, elle ressasse des inquiétudes et des préoccupations de toutes sortes ; elle juge qu'elle n'est pas assez coquette, elle a peur de ne savoir jamais tenir sa maison.

A la fin de juillet 1935, la malade présente une petite atteinte hépatique, avec vomissements bilieux ; il n'y a pas de fièvre, pas d'ictère. A partir de ce moment, le sommeil devient encore moins bon. Elle interrompt alors spontanément sa correspondance avec le jeune homme, « parce que, dit-elle, je n'étais pas équilibrée, et qu'il était donc inutile, naturellement, que je fonde un foyer ».

Elle se replie alors sur elle-même, et, amplifiant tous les menus reproches qui peuvent lui être faits, elle passe aux idées d'auto-accusation : « A la maison, quand je ne dormais pas, j'ai décréte que j'irais en enfer, parce que mon fiancé trouvait que j'étais très froide ; ma mère aussi le disait, alors j'ai découvert que j'étais insensible. » De ce point de départ, elle déduit logiquement que son « insensibilité » est due à des habitudes d'onanisme (qui n'existent plus depuis 6 ans), « parce qu'elle a appris dans le catéchisme que l'impureté détruit toute joie ».

Il faut noter qu'en nous racontant tout cela, elle s'étonne brusquement : « Je ne comprends pas ; je devrais être honteuse, je devrais rougir, je dis cela ainsi, avec calme, je suis presque cynique. »

Elle continue néanmoins son travail jusqu'à son entrée à Henri-Rousselle, le 20 septembre. « J'ai travaillé, car je pensais que seul le travail pouvait me sortir de là. Mais je réfléchissais trop quand même. Je me suis laissée conduire à l'hôpital comme une bête. »

Les parents, à qui elle n'avait pas fait part de ses troubles, étaient loin de se douter de l'état dans lequel elle se trouvait. Sans doute la trouvaient-ils triste et pensive depuis quelque temps, mais ils supposaient qu'il s'agissait là d'une dépression passagère et banale, quand, brusquement, le 19 septembre au soir, la malade, dans un paroxysme anxieux, leur dit qu'elle est en enfer. Elle leur décrit une scène hallucinatoire, qui les frappe d'autant plus, que la mère trouve, entre cette description de l'enfer et le tableau de Reims en flammes qu'elle avait eu sous les yeux le 19 septembre 1914, alors qu'elle était enceinte de quatre mois, une étrange ressemblance. Affolés, ils appellent un médecin, et le lendemain, ils conduisent la jeune fille à l'hôpital Henri-Rousselle.

En raison des troubles, qui ne s'amendent pas, le 7 décembre, la malade est internée avec les certificats suivants :

Henri-Rousselle : « ...Est atteinte d'un état de dépression. Elle n'aime personne. Auto-accusation, idées d'indignité. Elle a menti à tout le monde. Elle est une hypocrite. Il ne faut pas s'occuper d'elle. Tendance aux idées de négation, d'énormité et d'immortalité. Elle n'a « ni volonté, ni sensibilité, ni intelligence ». Elle n'a plus de cerveau. Elle n'est rien. Elle ne mourra jamais. Elle a encore 45 millions d'années à vivre. Tentative d'auto-mutilation et de suicide. Absorption d'ampoules de verre vides et écrasées. »

Placement : « ...Est atteinte de troubles mentaux. Etat mélancolique avec idées de culpabilité, ébauche de syndrome de Cotard ; introspection habituelle ; tentative de suicide et d'auto-mutilation. »

Sainte-Anne, immédiat : « ...Présente un état mélancolique avec idées de culpabilité, de négation, tentatives de suicide (absorption de morceaux de verre, étranglement, etc.), exposé souriant ; réflexes rotuliens vifs ; *démence précoce probable*. »

Le 10 décembre 1935, la malade est transférée à Ville-Evrard, dans le service de M. le Docteur Mignot.

A l'examen, la malade est calme et lucide, bien orientée dans le temps et l'espace. Un air de grande jeunesse, tant physique que du comportement, jeunesse qui se manifestera au cours de l'examen, dans le contenu même du délire.

Bien qu'elle nie toute sensibilité, elle se montre reconnaissante de l'intérêt que nous lui témoignons, et dont, bien entendu, elle se juge indigne : « Pourtant, je suis un monstre », nous dit-elle à plusieurs reprises. Malgré ses dires, on peut noter une certaine hyperémotivité ;

elle a un léger tremblement émotionnel pendant l'examen physique.

Elle expose sans difficulté son délire.

Elle n'a plus de valeur, ni intellectuelle, ni morale ; elle le constate, et elle sait qu'elle en est la coupable ; elle s'humilie et se juge durement ; elle s'est tuée moralement et elle l'explique : « J'ai décidé que je n'irai nulle part, ni au ciel, ni en enfer ; je suis condamnée à vivre jusqu'à la fin du monde. Je ne connais personne comme cela, non ; je sais bien que cela a l'air idiot, j'en ris, mais c'est horrible. »

« Je suis arrivée à cette idée, parce que j'ai découvert que je n'ai pas d'âme, puisque l'âme est faite de ces trois facultés : sensibilité, volonté, intelligence. Je n'ai que de l'imagination. Je suis sûre que je ne mourrai pas, puisque je ne sens rien. Je sais bien que si l'on me mettait en présence de tuberculeux, de contagieux, je n'attraperais rien. Si je me fais une coupure, ça ne s'infecte pas. Ainsi, par exemple, mon appendicite n'a pas été douloureuse. Je sais bien, c'est idiot, ça a l'air absurde, c'est pour cela que je suis ici. Les autres malades avaient toutes mal à la tête, moi, je n'ai rien. J'aimerais mieux avoir réellement mal. » Elle regarde ses mains et dit : « Je n'ai pas de ligne de vie... » « Non, mon corps ne sera pas immortel ; il sera détruit à la fin du monde, mais l'homme est une créature raisonnable qui est composée d'une âme et d'un corps ; comme je suis arrivée à tuer mon âme, il ne reste plus que le corps, qui vit d'une façon tout à fait matérielle... » « On pense avec le cerveau, avec l'âme... Je ne dois pas penser ; ce ne doit pas être une pensée... J'exprime ce que j'ai ruminé pendant longtemps, que je sais par cœur. »

« Les premiers temps, à l'hôpital », dira-t-elle encore, « je trouvais tout bizarre ; je croyais que tout le monde se moquait de moi. J'ai interrogé les autres, j'ai découvert que je n'avais pas de mémoire, surtout de mémoire visuelle, pas de volonté, que je n'existais pas au point de vue moral. »

Elle ne s'intéresse plus à rien, ce dont elle tire argument. « Rien ne lui fait plus rien ». Elle n'aime plus ses parents : « ...Les autres, quand elles voient leur famille, ont des battements de cœur, une émotion visible ; moi, pas. Je ne crois pas que je souffre même d'être ici ; il me semble que c'est fini. » Plus tard, elle dira même, lorsqu'on la prendra, si l'on ose dire, en flagrant délit de joie de voir sa famille : « Ce doit être parce qu'ils m'apportent des friandises. »

Ainsi donc, chez cette malade, nous trouvons un mélange complexe de préoccupations religieuses (avec une interprétation un peu trop littérale des textes scolastiques), de préoccupations morales, et de tendances purement humaines, le tout aggravé d'une logique sophistiquée avec quelques syllogismes, assez satisfaisants dans leur forme, mais dont les prémisses sont fausses. Elle s'analyse très bien, et l'on peut aisément retrouver le pro-

cessus par lequel elle est arrivée à construire ses idées d'indignité, d'immortalité, et de damnation.

Si l'on veut bien se reporter aux caractères que Cotard lui-même donnait de son syndrome :

- 1° Anxiété mélancolique.
- 2° Idées de damnation ou de possession.
- 3° Propension au suicide et aux mutilations volontaires.
- 4° Analgésie.
- 5° Idées hypochondriaques de non-existence ou de destruction de divers organes, de l'âme, de Dieu, etc...
- 6° Idée de ne pouvoir jamais mourir,

il nous semble que le diagnostic ne fait pas doute. L'anxiété, dépendant d'un état physique défectueux, a conditionné le délire ; elle dit : « Je n'ai pas de cerveau, je ne pense pas », « j'ai tué mon âme », « je n'ai pas de sensibilité, pas de jugement » ; elle a tenté de se suicider, et de se couper les poignets. Elle se croit immortelle. Sans doute, ne retrouvons-nous pas chez elle d'idées de possession, mais elle se croit damnée : l'hallucination visuelle du début est à ce point de vue assez probante. Enfin, nous insisterons sur la perte de la mémoire visuelle, signalée spontanément par notre malade, et dans laquelle Cotard avait cherché l'explication de tels troubles.

L'examen physique nous a montré peu de choses ; nous n'avons pas trouvé, en particulier, de troubles de la sensibilité objective, bien que la malade ait déclaré que sa sensibilité à la douleur fût diminuée et qu'elle ait avalé du verre.

En présence de tels troubles, il semblait que le pronostic dût être très sombre ; d'autre part, il existait une certaine discordance, dont la malade avait elle-même conscience (« j'en ris, mais c'est horrible »), entre le comportement et le délire, qui pouvait faire penser à une schizophrénie ; en tous cas, il était assez logique de craindre une évolution vers un état chronique. Peu à peu, cependant, grâce à des entretiens psychothérapiques et à une réadaptation progressive (travaux de dactylographie, encouragement à la coquetterie, lectures dont nous parlions ensuite avec elle, etc...), nous avons eu le plaisir de la voir se remettre, redevenir gaie, et abandonner ses idées délirantes. Ce syndrome de Cotard a fondu comme neige au soleil, et la malade, dûment guérie, est sortie du service au mois d'avril 1936. Nous avons eu l'occasion de la revoir par la suite ; elle semble parfaitement normale. Nous devons cependant signaler que tout de suite après son état dépressif, elle nous a paru légèrement

hypomaniaque, pendant quelques jours seulement. Faut-il, de ce fait, penser à une psychose maniaque-dépressive, ce qui nous inclinerait à un pronostic éloigné réservé ? Nous préférons mettre cette légère hypomanie sur le compte d'une excitation compensatrice que l'on observe si souvent à la suite des états dépressifs, et, en général, des psychoses aiguës.

M. MARCHAND. — Il ne faut pas considérer comme toujours incurable le syndrome de négation. Même dans la paralysie générale, nous le voyons disparaître sous l'influence des traitements modernes. Quel traitement a reçu cette malade ?

Mlle LACASSAGNE. — La simple psychothérapie.

M. G. PETIT. — Le syndrome de Cotard lui-même n'a pas l'incurabilité absolue que l'on affirmait jadis. Je me souviens de deux mélancoliques observées dans le service de M. Marchand, à Charenton, lorsque j'avais le plaisir d'être son interne, dont le délire de Cotard guérit avec la mélancolie.

M. P. COURBON. — Cette malade rappelle celle que MM. Capgras et Daumézou ont présentée en novembre dernier et dans le syndrome de Cotard, de laquelle ils voyaient avec raison, je crois, l'expression d'un état mixte de psychose maniaque dépressive.

Chez la malade d'aujourd'hui, le prétendu syndrome de Cotard s'est accompagné d'autres troubles délirants, notamment d'idées mystiques. De plus, l'accès a eu une cause affective, comme nous l'a fort bien dit tout à l'heure l'intéressée elle-même qui a l'air parfaitement guérie. Dans ces conditions, l'accès rappelle davantage la bouffée délirante à prédominance de délire de négation sur fonds de déséquilibre mental, que l'état mixte de psychose maniaque dépressive survenant arbitrairement, sans cause externe identifiable.

La séance est levée à 11 heures.

Le Secrétaire des séances,
Paul CARRETTE.

Séance du Lundi 22 Février 1937

Présidence : M. René CHARPENTIER, président

En ouvrant la séance, M. René CHARPENTIER, *président*, souhaite la bienvenue au D^r G. VERMEYLEN, Professeur de Clinique psychiatrique à l'Université libre de Bruxelles, président de la Société de Médecine mentale de Belgique, membre associé étranger de la Société Médico-psychologique, qui assiste à la séance.

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du jeudi 14 janvier 1935 et le procès-verbal de la séance du lundi 25 janvier 1937 sont adoptés.

Correspondance

M. Paul COURBON, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

des lettres des D^{rs} BROUSSEAU, MARTIMOR et POMMÉ, qui remercient la Société de les avoir élus *membres titulaires* ;

une lettre de M. le D^r C. POTTIER, médecin-chef à l'asile de Saint-Dizier, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national* ; la Société désigne une Commission composée de MM. BEAUDOUIN, DEMAY et MARCHAND pour l'examen de cette candidature : le vote aura lieu à la séance du lundi 22 mars 1937 ;

des lettres de MM. les D^{rs} P. ALLAMAGNY, médecin-directeur de la Clinique médicale Saint-Rémy, au Vésinet, J. VIÉ, médecin-directeur de l'asile de Moisselles, et G. VILLEY-DESMESERETS, médecin-directeur de la Villa Montsouris, à Paris, qui posent leur candidature aux places de *membre titulaire* de la Société déclarées vacantes : la Société désigne une commission composée de MM. CAPGRAS, COLLET, DELMAS, GOURIOU et SIMON pour l'examen de ces candidatures ; l'élection aura lieu à la séance du lundi 22 mars 1937 ;

une lettre de M. le D^r COENEN, de Harlem, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre associé étranger* ; la Société désigne une commission composée de MM. H. BARUK, BOURGUIGNON et Paul COURBON pour l'examen de cette candidature : l'élection aura lieu à la séance du lundi 22 mars 1937 ;

une lettre de M. le Secrétaire général de la Société médicale de Climatologie et d'Hygiène du Littoral Méditerranéen, invitant les membres de la Société médico-psychologique à participer au « Congrès de l'Enfant à la mer et à la montagne » qui aura lieu à Nice du 21 au 28 mars 1937.

Election d'un membre correspondant national

Après lecture d'un rapport de M. Paul COURBON au nom d'une Commission composée de MM. CLAUDE, TRUELLE et COURBON, rapporteur, il est procédé au vote sur la candidature de M. le Dr MÂLE au titre de *membre correspondant national*.

Nombre de votants	21
Majorité absolue	11

A obtenu :

M. le Dr P. MÂLE 21 voix.

M. le Dr Pierre MÂLE est élu *membre correspondant national* de la Société médico-psychologique.

COMMUNICATIONS

Cas de Paralytiques généraux à sérologie normale, par MM. DUJARDIN et G. VERMEYLEN (de Bruxelles).

Certains auteurs ont signalé des cas, restés rares, où les troubles neuropsychiques de paralysie générale étaient évidents et permettaient de poser un diagnostic clinique non douteux, mais dans lesquels les constatations humorales étaient ou totalement négatives, ou ne présentaient que des modifications légères et, en tous cas, sans rapport avec celles qu'on est habitué de trouver chez les paralytiques généraux.

C'est ainsi que le Professeur H. Claude en a signalé deux cas avec vérification anatomique, et O. Crouzon et J. Henrion trois cas sur 328 observations de paralysie générale.

Nous avons eu également l'attention attirée par des manifestations de ce genre. Nous avons été frappés dans quelques rares cas (1) de la dissociation catégorique qui existait entre le syndrome neuropsychique et le syndrome humoral. Ces malades

(1) Dont les observations détaillées seront données dans un travail ultérieur.

présentaient, à n'en point douter, un tableau clinique caractéristique de paralysie générale, et cependant les résultats sérologiques étaient, ou négatifs, ou notablement insuffisants pour poser le diagnostic de paralysie générale. Il faut ajouter que, dans 4 cas sur 5, relevés sur 360 cas de paralysie générale, il s'agissait d'une tabo-paralysie générale.

Il semble bien qu'il se produise dans ces cas une évolution assez semblable à celle qu'on peut constater plus communément dans l'évolution du tabès. Le tabétique, quoique sérologiquement guéri, peut continuer à présenter des crises radiculaires typiques. Bien plus, chez un tabétique qui n'en a jamais présenté, ces crises radiculaires peuvent apparaître à la suite de phénomènes toxiques ou toxi infectieux banaux. On peut même les faire apparaître expérimentalement par une injection de tuberculine ou au cours d'une malaria thérapeutique. Il s'agit d'un phénomène d'hyperpexie (en l'occurrence, de neuropexie). Tout tissu qui est le siège d'une inflammation, et même tout tissu où une inflammation antérieure n'a cependant laissé aucune trace clinique, étant susceptible de réagir exagérément vis-à-vis d'une toxine ou d'un antigène, tout comme s'il était apte à fixer électivement ces substances.

Dans la paralysie générale, la prééminence de l'infection cérébrale en fait une affection rapidement mortelle, dans la plupart des cas non traités. Mais, dans certains cas, surtout de tabo-paralysie générale, l'affection cérébrale, freinée sans doute par les nombreuses localisations extra-nerveuses du tabès, peut être plus bénigne et devenir susceptible de s'arrêter par le seul jeu des réactions organiques.

Alors, comme dans nos cas, le tableau anatomique de la paralysie générale reste cliniquement muet et le syndrome humoral peut disparaître sans qu'on ait jamais soupçonné sa présence. Mais ces cerveaux n'en restent pas moins lésés et vulnérables. Sous l'action, dès lors, d'une influence toxi-infectieuse banale, et par neuropexie, une poussée de paralysie générale typique peut se produire chez un sujet dont le tableau humoral est déjà revenu à l'état normal. On voit apparaître les signes neuro-psychiques de la paralysie générale, alors que la phase évolutive de la maladie est déjà passée de façon inapparente et que les altérations sérologiques qui en sont les témoins sont disparues.

Il s'agirait donc, dans ces cas, de paralysie générale clinique avec sérologie négative, de séquelles cérébrales d'une ancienne paralysie générale dont l'évolution est terminée, mais dont l'action neuropexique de toxi-infections banales fait apparaître,

à un moment donné, les réactions cliniques de la paralysie générale.

M. H. CLAUDE. — La communication des auteurs est très intéressante et leurs considérations sont très justes sur la complexité du problème créé par les thérapeutiques récentes de la paralysie générale. Des malades, que l'on croyait avoir guéris, reviennent au bout de quelques années avec de nouveaux troubles mentaux qui ne sont plus les mêmes qu'à leur premier séjour dans le service.

On peut faire plusieurs hypothèses pour expliquer ces cas sans rien pouvoir affirmer. Quelquefois, on peut dire qu'une affection nouvelle est apparue : un de mes malades, revenant avec un syndrome de psychose hallucinatoire chronique, avait deux frères internés pour ce syndrome. Quelquefois, on peut invoquer le terrain du sujet. Plus souvent, on peut incriminer l'insuffisance du traitement. Pour moi, il faut prolonger le traitement pendant 3 ans sans interruption, sinon la syphilis peut se réactiver ; ce fut le cas d'un malade qui revint avec des troubles bulbaires dont il mourut, et à l'autopsie duquel on trouva une artérite syphilitique.

C'est dans le domaine médico-légal que le problème devient angoissant. Quelle doit être la conclusion de l'expert devant un délinquant qui, plusieurs années auparavant, a été déclaré irresponsable pour un délit contracté en période de troubles mentaux paralytiques évidents avec réactions sérologiques positives, et qui, maintenant, auteur d'un nouveau délit, ne présente aucun trouble mental ni aucun trouble sérologique ? La défaillance du sens moral ne peut-elle pas être considérée comme ayant pour condition une minime lésion, une vascularite, par exemple, que le traitement chimiothérapique, qui toujours doit suivre la malariathérapie, n'a pas empêchée, parce qu'il n'a pas été assez longtemps poursuivi ?

M. Ach. DELMAS. — De la très intéressante communication des auteurs, je retiens que les syndromes non paralytiques, notamment celui de la psychose hallucinatoire chronique, qui apparaissent après une période de guérison apparente, chez les paralytiques généraux sont rares et surviennent surtout quand il y a tabes surajouté. Or le tabes s'associe à n'importe quel trouble mental. L'état mental constitutionnel du sujet joue sans doute un rôle dans la transformation de la paralysie générale traitée.

Je voudrais insister sur les erreurs qui sont fréquemment commises quand on appelle paralytiques généraux des péri-

diques parce que ceux-ci ont la syphilis. Cette syphilis peut fort bien s'accompagner d'une réaction méningée qui aura sa traduction dans les modifications du liquide céphalo-rachidien sans que l'on soit en droit de dire que les accès ne sont désormais plus de la manie périodique, mais sont de la paralysie générale. La sérologie n'est pas un critérium infailible. Elle peut même parfois être une cause d'erreur. D'autres signes, les signes neurologiques, et surtout l'embarras de la parole, ont une valeur beaucoup moins contestable. Lasègue appelait la dysarthrie « le signe de mort ».

Au point de vue médico-légal j'ai vu deux fois des délinquants, dont l'accès de manie périodique fut pris pour de la paralysie générale, être l'objet d'expertises contradictoires. C'est peut-être le cas de certains des sujets dont parle le professeur Claude.

M. FRIBOURG-BLANC. — Au point de vue médico-légal, il serait intéressant de pouvoir déclarer si c'est le traitement malarique qui est responsable des syndromes secondaires qui apparaissent tardivement chez les sujets dont les troubles mentaux paralytiques ont transitoirement disparu. C'est une question qui est souvent posée dans la pratique de la médecine militaire, lors des mises en réforme, les familles réclamant une indemnité pour dommage causé par le traitement.

M. MARCHAND. — La communication de M. Vermeyleen soulève de nombreux problèmes particulièrement intéressants. Je laisse de côté la question de l'organicité de nombreux états psychosiques, mise en évidence par les séquelles de l'encéphalite épidémique et de la paralysie générale traitée. Depuis longtemps, c'est une opinion que je n'ai cessé de développer en me basant sur des recherches anatomo-cliniques. Je suis parfaitement d'accord avec eux.

En ce qui concerne les formes mentales qui persistent chez certains paralytiques généraux traités, ne présentant plus que des réactions humérales négatives, j'estime que le syndrome neuro-psychique revêt, presque toujours, quelques particularités qui permettent de le différencier cliniquement des psychoses ordinaires. J'ai, dans mon service, un certain nombre de paralytiques généraux sérologiquement guéris ; tous présentent quelques symptômes qui permettent de rattacher leur état psychosique à la paralysie générale stabilisée, qu'il s'agisse de syndromes simulant la démence précoce, le délire de persécution, le délire mégalomane, la psychose hallucinatoire. On trouve aussi chez eux quelques symptômes neurologiques ou oculaires qui démontrent la base organique.

J'ai eu l'occasion d'examiner les encéphales de paralytiques généraux ainsi stabilisés depuis plusieurs années. Dans tous les cas, j'ai pu constater que le processus inflammatoire n'était pas complètement disparu, soit qu'il existât encore une légère infiltration pré-mérienne au fond de quelques sillons, soit une péri-vascularite discrète ; mais il est une lésion que je considère comme indélébile, qui constitue, pour ainsi dire, la signature de la paralysie générale, ce sont les granulations névrogliques sous-épendymaires du plancher du quatrième ventricule. Je considère donc que, chez les paralytiques généraux sérologiquement guéris, les lésions de la paralysie générale sont éteintes, mais qu'il est encore possible d'en retrouver les traces.

M. Vermeyleylen a fait allusion aux cas de paralysie générale en pleine évolution avec réactions négatives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Je suis persuadé que ces cas existent, mais qu'ils sont exceptionnels. J'en ai rapporté plusieurs exemples ici même, à la séance du 12 juillet 1934. J'ai montré les coupes histologiques concernant l'encéphale d'un sujet qui avait été suivi par mes collègues Leroy et Capgras. Les examens du sang et du liquide céphalo-rachidien, pratiqués à plusieurs reprises, avaient été toujours négatifs et cependant on pouvait constater sur les coupes les lésions de la paralysie générale en évolution.

Ces considérations montrent que s'il est intéressant de constater que les réactions humorales sont devenues négatives chez un paralytique général traité, on ne doit pas en conclure que le processus méningo-encéphalitique est complètement éteint, et il faut penser qu'il peut reprendre une nouvelle activité.

M. COURBON. — En ce qui concerne les troubles mentaux qui, après un succès plus ou moins complet des thérapeutiques nouvelles, maintiennent à l'asile ou y ramènent, après plus ou moins longtemps, les anciens paralytiques généraux, je crois que leur caractère essentiel est de ne jamais réaliser exactement l'un des syndromes de la nosographie classique, mais de rappeler parfois beaucoup l'un deux : psychose hallucinatoire chronique, automatisme mental délirant, interprétation délirante, manie, mélancolie, etc... L'addition d'éléments étrangers au syndrome classique, notamment des troubles neurologiques, ou l'omission de certains éléments primordiaux du syndrome classique empêchent la confusion. Si bien, que l'on peut ériger la règle suivante : lorsqu'on ne sait pas où classer un malade mental, il faut, avant de conclure à l'impuissance complète de l'examen, songer à une paralysie générale traitée, surtout à une paralysie générale impaludée.

J'appuie entièrement les considérations de M. Delmas sur les rapports de la syphilis et des troubles mentaux constatés simultanément chez le même sujet. Tout en reconnaissant la très grande importance des données sérologiques, et la valeur de signal d'alarme que les réactions biologiques positives doivent jouer, je proteste contre la tendance à faire, de leur présence, la condition nécessaire et suffisante pour imposer le diagnostic de paralysie générale, à n'importe quel syndrome mental coexistant avec elles.

Le concept paralysie générale est l'œuvre de médecins qui ignoraient la sérologie. Il est une donnée de la clinique pure. Il correspond à un groupement de troubles psychologiques et neurologiques à évolution bien définie. Il est illégitime d'appeler paralysie générale des syndromes n'ayant aucun des caractères désignés sous ce nom par les auteurs. C'est employer abusivement leur vocabulaire pour renier leurs idées. Ainsi que le disait Dupré, le diagnostic de la paralysie générale est un diagnostic de psychologie.

A une des dernières séances, notre collègue Anglade a montré un cyclothymique dont la syphilis, récemment contractée, n'a en rien modifié l'aspect clinique des accès, tout en rendant positives les réactions humérales précédemment négatives. Faudra-t-il considérer son accès actuel, non comme l'expression d'une cyclothymie qui continue, mais comme celle d'une paralysie générale qui commence ou d'une paralysie générale cyclique ? Tant que l'état mental ne se sera pas modifié lui-même, on n'aura pas le droit de le faire.

Je termine par un hommage au travail clarificateur des professeurs Vermeulen et Dujardin sur une question aussi embrouillée que celle des régressions et des transformations de la paralysie générale.

M. DUBLINEAU. — De l'intéressante communication de M. le Professeur Vermeulen, qui soulève de très nombreux points de discussion, je ne retiendrai que la dernière partie : celle qui a trait aux paralysies générales sans syndrome biologique. C'est, une fois de plus, poser le problème des formes psychiques de la syphilis nerveuse fruste, qu'il s'agisse de syphilis acquise, ou, ce qui est peut-être plus fréquent qu'on ne croit, de syphilis héréditaire, mais de superinfection syphilitique, comme j'en ai rapporté un cas probable ici même, l'an dernier.

Cette question de la syphilis nerveuse fruste déborde d'ailleurs elle-même le cadre de la paralysie générale, car le même problème

peut se poser pour d'autres syndromes cliniques, en particulier pour les états démentiels simples de la cinquantaine ou encore les états d'affaiblissement artériopathiques ou séniles.

Sur ces sujets, d'ailleurs, mon interne Pichault doit soutenir une thèse, prochainement, à Lille.

Je ne peux insister ici sur les différents aspects de cette question, qui m'a amené à réviser la question de la valeur du syndrome biologique dans les états de cette nature. Je rappellerai toutefois une note, au Congrès de Bruxelles, avec Tarbouiech, sur l'extension à droite de la précipitation du benjoin colloïdal. Cette extension peut être un fait assez banal en soi : il n'en demeure pas moins que, dans le grand nombre des états où on la trouve, existent incontestablement des états de nature syphilitique, qu'il faut systématiquement rechercher pour les « récupérer » au point de vue thérapeutique.

Par ailleurs, on pourrait en dire autant dans la plupart des autres éléments de la formule biologique. C'est ce que j'ai étudié sous l'Etiquette des « formules liminaires ».

On est amené, à l'examen de cette masse de faits encore imprécis, mais dont on pressent l'importance, à se demander si les réactions biologiques classiques ne sont pas infidèles dans le dépistage de nombre de syphilis nerveuses. Certains indices permettent de le soupçonner. Nous citerons en particulier, à ce point de vue, l'intérêt de la réaction de Klyne, étudiée par Mlle Ullmo, dans le service de Pautrier, à Strasbourg, et qui s'est révélée positive dans plusieurs cas de syphilis nerveuse sérologiquement muées par les méthodes ordinaires.

Resterait à préciser la pathogénie de pareilles formes de syphilis nerveuse fruste. Nous rappellerons, à ce point de vue, chez d'anciens syphilitiques certains (chancres ou réactions classiques positives dans le sang), la coexistence fréquente dans les antécédents d'un paludisme spontané, ou, plus rarement, d'autres états toxi-infectieux (typhoïde, par exemple).

M. VERMEYLEN. — A côté de la paralysie générale progressive dont on pourrait dire que le diagnostic est statiquement établi et qui est la paralysie générale des auteurs classiques d'autrefois, il y a une paralysie générale dynamique qui évolue par poussées avec des périodes de régression. Ces poussées correspondent à l'irruption d'agents toxi-infectieux nouveaux et se traduisent par des troubles neuro-psychiques. Ces paralysies générales à poussées sont à rapprocher de l'encéphalite qui, chez les enfants, paraît guérir, qui même peut passer inaperçue, mais

dont la latence cessera pour donner des troubles mentaux à l'occasion d'un incident toxi-infectieux quelconque.

Les intoxications peuvent simuler le syndrome paralytique. C'est fréquemment le cas des alcooliques. Ce fut le cas d'une religieuse à laquelle on avait administré trop de chloral pour lutter contre l'insomnie. Mais ces pseudo-paralysies, apparues soudainement, ne durent que quelques jours et disparaissent avec l'élimination du toxique.

Je crois à l'importance primordiale de la clinique sur le laboratoire, et je rends hommage au sens clinique des auteurs qui décrivirent la paralysie générale. Mais les données sérologiques ne sont pas négligeables, et ces auteurs eux-mêmes en auraient tenu compte s'ils les avaient connues.

Après la malariathérapie, j'ai vu, très fréquemment, survenir des syndromes psychosiques atypiques. Les cas de syndromes psychosiques typiques sont très rares. C'est pourquoi nous les avons retenues dans notre communication en insistant sur l'importance des séquelles neurologiques et pupillaires laissées par la première atteinte morbide.

Ce sont ces séquelles anatomopathologiques qui, par-dessous l'apparence de guérisons, créent la vulnérabilité du sujet aux atteintes toxi-infectieuses futures.

Enfin, la malariathérapie ne peut pas être plus accusée que la pyrétothérapie ou la stovarsolothérapie des psychoses tardives qui succèdent aux régressions, puisque ces psychoses tardives se voient après l'usage de l'une ou l'autre de ces méthodes, et en dehors d'elles.

Sur un cas mortel d'intoxication par le véronal, par MM. G. DEMAY et VEYRES.

Dans l'abondante littérature consacrée aux accidents dus aux barbituriques, ce qui domine, ce sont les cas d'intoxication volontaire, dans un but de suicide. L'observation que nous résumons ci-dessous concerne un cas d'intoxication accidentelle d'origine thérapeutique. Elle présente, en outre, certaines particularités et comporte quelques enseignements.

A son entrée à l'asile, le 2 mars 1936, Mme L..., âgée de 48 ans, présente ce mélange d'agitation et de confusion qu'on retrouve chez tant de malades et qui donne au tableau clinique un aspect atypique. On constate tantôt un bavardage incohérent avec fuite des idées,

tantôt des réponses adaptées mais souvent fantaisistes, faites au hasard. Idées de persécution, d'empoisonnement : on lui a jeté un sort, on la fait souffrir, on lui a mis de l'acide picrique dans la bouche, on veut la tuer. En outre, quelques idées hypochondriaques, de grandeur, de négation ; somme toute, idées délirantes contradictoires et inconsistantes. Fausses reconnaissances. Désorientation. Désordre des actes, gesticulation, malpropreté, opposition, résistance à l'alimentation, insomnie.

Au point de vue physique, maigreur, température normale, tachycardie, sécheresse linguale, tremblement de la langue et des doigts, absence d'hyperesthésie musculaire et hépatique. Réflexes pupillaires et tendineux normaux. T.A. 12-6 1/2. Les urines ne contiennent pas de glucose, mais des traces d'albumine et un excès d'acétone et d'urobiline. pH : 4,8.

Réactions de Bordet-Wassermann, de Meinicke et de Kahn négatives dans le sang. Liquide céphalo-rachidien normal. Taux de l'urée dans le sang : 0,45 p. 1.000. Numération globulaire : 3.310.000 G.R. et 7.600 leucocytes. Formule leucocytaire : polynucléaires 72 %, mononucléaires 28 %.

Nous n'avons pu recueillir que des renseignements très imprécis sur les antécédents. La malade a fait une fausse couche ; elle a deux filles âgées de 25 et 21 ans et bien portantes. Les règles sont régulières, et la santé antérieure paraît avoir été bonne dans l'ensemble. Domestique et, en dernier lieu, fille de salle, Mme L... se trouvait depuis quelque temps en chômage. Elle nie l'alcoolisme, buvait, dit-elle, une bouteille de vin rouge par semaine, prenait parfois l'apéritif avec des amies.

Jusqu'au 10 avril, l'état de la malade demeure sensiblement le même. Elle ne reste pas couchée, court de côté et d'autre en poussant des cris, se couche sous les lits, ôte sa chemise, se montre parfois violente, cherche à donner des coups de pieds, à cracher au visage du personnel. Puis survient une période de calme qui dure six semaines, la malade conservant toutefois une attitude anormale, refusant de parler, s'exprimant par gestes. Au début de juin, reprise de l'agitation, désordre des actes, laceration de linge. Fin octobre, le calme reparait, la malade cherche à s'occuper, essuie la vaisselle, est propre, passe de bonnes nuits. En décembre, on l'envoie travailler aux cuisines où elle est utilisée à l'épluchage des légumes.

Cette période d'amélioration dure jusqu'au 6 janvier 1937. A ce moment nouvelle phase d'agitation ayant le même caractère que précédemment et nécessitant l'alitement. L'agitation persiste jusqu'au 1^{er} février.

Jusqu'alors l'état général de la malade est resté satisfaisant. La température a toujours été normale. Le poids a suivi les fluctuations de l'état mental, passant de 44 kgs à l'entrée à 41 le 15 avril, 44 le 15 juillet, 40 le 20 septembre, 45 le 1^{er} décembre, 47 kgs 500 le 15 janvier. Les règles ont été irrégulières, interrompues en mai, en

août, revenant deux fois en septembre, pour cesser en octobre, novembre, décembre et reprendre du 29 janvier au 1^{er} février.

Le traitement a été le suivant :

Du 4 au 13 mars 1936, 2 inj. quotidiennes de 2 cc. de somnifène.

Du 14 mars au 3 avril, 1 inj. quotidienne de 2 cc. de somnifène.

Du 20 au 25 août, gardénal 0,10 ctgr.

Du 26 au 30 août, somnifène 2 cc.

Du 1^{er} au 30 septembre, 1 ampoule de sédol.

Du 14 septembre au 24 octobre, véronal 0,75 ctgr.

Du 20 janvier au 1^{er} février 1937, véronal 0,75 ctgr.

Le 1^{er} février au matin, le personnel constate que la malade ne se réveille pas, la température est de 37°2, le pouls est régulier, bien frappé. Elle paraît dormir d'un sommeil paisible. Le fait paraît d'autant moins inquiétant qu'il est arrivé antérieurement à la malade, sous l'influence du véronal, de dormir non seulement toute la nuit, mais une grande partie de la journée suivante. Elle réagit aux excitations et peut être alimentée. Mais le lendemain 2 février, la malade reste inerte. Les excitations fortes n'ont aucun effet, la malade ne réagit que très faiblement aux pincements. Hypotonie musculaire. Réflexes cornéens émoussés. Les réflexes tendineux sont faibles mais existent. Réflexe cutané plantaire en flexion. Pas de déformation faciale. Pas de stertor. Température 37°2. Cœur régulier, bruits bien frappés. Abdomen souple. Les sphincters fonctionnent, la malade gâte et urine au lit. Urines rares et foncées. La malade est traitée par des injections de caféine et de sérum glucosé. Le 3 février, la situation reste la même. Le taux de l'urée sanguine est de 2 gr. 25 p. 1.000. On continue le sérum glucosé, l'huile camphrée, et on commence le traitement par la strychnine, mais à faible dose, une injection sous-cutanée d'un milligramme toutes les heures. A 9 heures du soir, la température s'élève à 38°3, le pouls faiblit. La malade meurt à 4 h. 30. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Il s'agit donc d'une malade qui, en raison de phénomènes intermittents d'agitation, a été soumise à la médication sédative. Entre autres médicaments, elle a été traitée, à deux reprises, par le véronal à la dose journalière de 0 gr. 75 ingérée en une seule fois, le soir. Elle a suivi, une première fois, ce traitement, pendant quarante jours consécutifs, du 14 septembre au 24 octobre, sans le moindre incident. Après un intervalle de trois mois, la même médication a été instituée dans des conditions identiques. Le treizième jour, on constate une somnolence prolongée. Cet état persiste les jours suivants, la malade restant inerte et insensible, mais ne présentant pas d'autres symptômes objectifs. La mort survient au bout de trois jours.

La dose de 0 gr. 75 de véronal par 24 heures est considérée, géné-

ralement, comme une dose moyenne. La posologie admise par les auteurs classiques, comme Richaud, est de 0 gr. 50 à 1 gr. Flandin, Carrière indiquent, comme dose thérapeutique habituelle, 0 gr. 25 à 1 gr. En psychiatrie, le véronal a été préconisé par L'Hoest, aux doses de 0 gr. 75 à 1 gr., par Bourilhet aux doses de 0 gr. 30 à 0 gr. 80. Logre et Tardieu ont fait prendre, à une mélancolique anxieuse, 1 gr. de véronal par jour pendant 8 mois sans inconvénients, mais des doses beaucoup plus fortes ont été parfois employées. C'est ainsi que Bérendt a administré à un malade 8 gr. de véronal par jour sans autres incidents que de la céphalée et des vertiges.

A. Leroy (de Liège) s'est montré récemment un partisan convaincu du véronal dans les états d'agitation aiguë et d'agitation chronique (1). Dans le premier cas, il prescrit 1 gr, 1 gr. 50, 2 gr., ou même plus, en une ou plusieurs prises, soit *per os*, soit en injection sous-cutanée. Dans l'agitation chronique, il utilise les doses de 0 gr. 50 à 2 gr. Pour A. Leroy, ce traitement est sans inconvénient pour les malades dont les reins sont indemnes ; il n'a jamais observé d'intoxication provoquée par l'administration, même à doses élevées, de diéthylmalonylurée ; « après des années de traitement, on ne trouve, au point de vue somatique général, aucun signe d'intoxication aiguë ou chronique ». Nous avons employé nous-mêmes, sans accident, des doses de 1 gr. et 1 gr. 50 de véronal pendant plusieurs mois consécutifs.

Cependant, si la dose toxique est fixée à 2 gr. 50 par Steinitz, à 3 gr. par Ide, entre 4 et 11 gr. par Tiffeneau, des cas de mort ont été observés avec des doses de 0 gr. 60 et de 1 gr. Déjà, en 1913, Vallon et Bessière insistaient sur ce fait qu'une dose inoffensive pour la majorité des individus produit, chez quelques-uns, des accidents. Plus récemment, Ch. Flandin, Joly et Jean Bernard estiment que la toxicité du véronal est extrêmement mal connue, la tolérance individuelle est très variable, la dose toxique très proche de la dose thérapeutique, opinion déjà formulée par Manquat. Olmer et Audier notent que le coma survient à des doses qu'il est impossible de fixer, la tolérance individuelle étant très variable.

Notre observation, s'ajoutant à celles déjà publiées, notamment en Angleterre et en Allemagne, montre que les réserves formulées par ces auteurs sont justifiées et qu'on ne saurait se montrer trop prudent dans l'administration du véronal. On peut dire, il

(1) A. LEROY. — La diéthylmalonylurée, à doses moyennes, sédatif de l'agitation chronique grave (*Journal belge de neurologie et de psychiatrie*, mars 1936).

est vrai, que, chez Mme L..., existait une déficience hépato-rénale attestée par l'acétonurie, l'urobilinurie, les traces d'albumine dans l'urine. Tardieu, Ravina, Carrière et Huriez ont insisté sur l'influence particulièrement défavorable des lésions antérieures du rein et du foie. Pourtant, dans une première période, notre malade a pu ingérer, pendant 40 jours, la même dose de véronal, 0 gr. 75, sans incident. Ce fait semble indiquer qu'il n'y a pas eu ici accumulation du produit, mais, conformément à l'opinion de Kohn-Abrest, dégradation lente des organes dont l'intégrité n'était pas absolue, et diminution de la résistance vis-à-vis du barbiturique. Ce qui vient confirmer cette hypothèse, c'est l'existence d'une hyperazotémie notable, de 2 gr. 25 0/00 (alors que les analyses antérieures avaient donné des taux de 0 gr. 45 et de 0 gr. 43). On sait, en effet, que, dans le coma barbiturique, l'azotémie reste, en général, modérée, 0 gr. 60, 0 gr. 75 au maximum d'après Flandin et ses collaborateurs. Achard, Tardieu n'ont pas observé de taux supérieur à 0 gr. 50. Il convient d'ajouter que notre malade, âgée de 48 ans, se trouvait vraisemblablement au début de la ménopause ; les règles étaient devenues irrégulières, depuis quelques mois. Cette circonstance ne pouvait que contribuer au fléchissement de l'organisme.

Nous voudrions signaler, en terminant, quelques particularités de ce coma. Il s'est installé de façon insensible, sans que le début ait pu être précisé. Le faciès était normal, la respiration régulière, non stertoreuse, le rythme cardiaque régulier. Les réflexes n'étaient que diminués. Il s'agissait, selon l'expression de Flandin, d'une « léthargie barbiturique » ; notre cas aurait pu être rangé parmi ceux que Vallon et Bessière appelaient « cas moyens », et pour lesquels ils formulaient un pronostic favorable. La température est restée normale, 37°3, 37°2, et ne s'est élevée à 38°3 que quelques heures avant la mort. Celle-ci est survenue après apparition de troubles cardio-rénaux : azotémie, oligurie, défaillance cardiaque.

Il nous paraît légitime d'admettre que, dans ce cas particulier, le coma barbiturique a été aggravé par l'apparition d'urémie secondaire. En raison même du taux élevé d'urée dans le sérum, nous n'avons pas osé entreprendre le traitement strychnique intensif, nous souvenant des réserves faites, à ce sujet, par des auteurs comme Harvier, Rivet, Moreau et Sterne, Ramond, Paraf, Carrière et Huriez. Nous nous sommes bornés aux diurétiques et aux toni-cardiaques. Nous n'avons eu recours à la strychnine que tardivement et à doses modérées.

Quoi qu'il en soit, cette observation vient souligner l'import-

tance d'une remarque déjà émise : c'est qu'il est dangereux d'administrer le véronal, même à doses moyennes, quand on n'a pas la certitude que le foie et les reins sont intacts. Chaque fois qu'on a recours à la médication barbiturique, il est indispensable de procéder, pendant toute la durée du traitement, à des examens répétés des fonctions hépato-rénales.

M. VILLEY-DESMESERETZ. — Une simple piqûre de pantopon fut suivie, chez une mélancolique de mon service, d'une attaque d'urémie extrêmement alarmante. Nous croyons, avec M. Buvat, que les hypnotiques réputés inoffensifs ne le sont pas chez les gens âgés et qu'il ne faut jamais employer le pantopon lui-même sans avoir examiné les urines du sujet.

M. N. PÉRON. — Le taux de l'urée dans le sang de la malade de M. Demay dépasse de beaucoup celui que l'on constate habituellement dans les intoxications par le véronal. Il est vraisemblable d'attribuer cette hyperazotémie à une autre cause que l'ingestion du médicament.

Note critique sur les méthodes de dosage du brome dans le sang, par MM. X. et P. ABÉLY et BALATRE.

En 1931, Zondek et Bier ont publié leurs articles sensationnels sur les variations du taux du brome sanguin au cours des états mentaux. Ce métabolisme du brome serait réglé par l'hypophyse antérieure. Ces auteurs ont obtenu des résultats qui, s'ils se confirmaient, seraient du plus haut intérêt pour l'étude du problème de la pathogénie de la psychose maniaque-dépressive et du mécanisme du sommeil. Ces publications ont suscité de nombreux travaux. Certains auteurs, acceptant d'enthousiasme les conclusions de Zondek et Bier, en ont développé les conséquences possibles.

D'autres, d'esprit plus positif, ont voulu en contrôler les résultats, soit en employant la même méthode de dosage, soit en les confrontant avec ceux obtenus par d'autres procédés. En France, les importants travaux de Chatagnon et de Mlle Chatagnon, qui ont utilisé la méthode de Damiens, ont abouti à des conclusions qui infirment, en tous points, l'opinion de Zondek et de Bier.

Une troisième catégorie d'auteurs a jugé primordial de s'appliquer à la critique des techniques utilisées pour le dosage du brome. C'est dans cette voie que nous nous sommes engagés.

En raison de nos travaux antérieurs sur le rôle de l'hypophyse dans la psychose maniaque-dépressive, nous ne pouvions manquer d'être séduits par les idées de Zondek et par le désir d'en vérifier le bien-fondé. Nous avons pensé qu'il fallait reprendre ces recherches à leur base même et que la première condition d'une telle étude était l'utilisation d'une technique indiscutable. La méthode choisie doit être d'une très grande sensibilité. Il ne faut pas oublier, en effet, que les dosages doivent apprécier des différences de l'ordre du $1/1.000^e$ de milligramme, et que de légers écarts, imputables au procédé, peuvent fausser complètement les résultats. L'un de nous, désigné par sa compétence spéciale en cette matière, a donc vérifié la valeur de tous les procédés connus lorsqu'on les appliquait au dosage du brome dans le sang. Il a dû conclure qu'aucun de ces procédés n'était satisfaisant. Il a abouti enfin, après des recherches qui durent depuis plusieurs années, à une technique dont la partie la plus importante est actuellement au point. L'importance du problème posé nous a paru justifier cette longue et délicate étude. Ce sont ces premiers résultats, négatifs et positifs, que nous nous proposons de communiquer aujourd'hui.

CRITIQUE DES MÉTHODES ACTUELLES. — Signalons d'abord, pour l'éliminer aussitôt, la technique analytique employée par Zondek et Bier, qui relève de la microméthode de Pincussen et Roman. Cette technique a été l'objet des critiques les plus sévères de nombreux chercheurs, notamment Bertram, Fleischhacker et Scheiderer, Hahn, Holtz et Roggenbau, etc... Nous croyons suffisamment démonstratif de citer à ce sujet quelques passages de l'article de A. Almeida-Dias.

« Il s'imposait de commencer par confirmer les résultats obtenus par Zondek et Bier dans la détermination du brome sanguin en utilisant la méthode de Pincussen et Roman. Certaines difficultés ont surgi aussitôt et, après de longues et nombreuses tentatives, nous avons dû renoncer, tant était grande la diversité des résultats obtenus dans des analyses successives sur le même échantillon de sang. Nous tentâmes encore, à Berlin, dans les laboratoires de Zondek et Pincussen, de nous familiariser davantage avec la méthode, mais des doutes sur sa rigueur vinrent à notre esprit. Malgré cela, nous avons tenté de nouveau, à Lisbonne, de répéter les expériences avec les particularités qu'on nous avait conseillées à Berlin, mais toujours avec les mêmes insuccès. Devant la nécessité d'arriver à une conclusion juste et impartiale du problème, le Directeur de l'Institut Rocha-Cabral

invita Roman à pratiquer sa méthode dans cet Institut. Les résultats obtenus par Roman à Lisbonne confirmèrent complètement l'inexactitude du procédé. Les valeurs trouvées dans des échantillons du même individu étaient aussi discordantes que possible. Les différences étaient supérieures à 60 0/0. »

Dans le même ordre de critique, Barruck signalait, à la dernière séance, qu'un des élèves mêmes de Zondek, Ucko, avait, dans le service de Charenton, recherché le métabolisme du brome chez ses malades et n'avait trouvé, chez aucun, la vérification des théories de son maître. On peut aujourd'hui affirmer, sans faire preuve de partialité, que la méthode employée par Zondek et Bier est insuffisante et inutilisable pour le dosage du brome dans le sang et que les résultats obtenus sont donc fort sujets à caution.

Il était, dès lors, indispensable de s'adresser aux autres méthodes actuellement utilisées. C'est la critique de ces procédés divers que nous allons maintenant exposer. En voici du moins l'étude schématique :

En ce qui concerne les liquides biologiques, certains auteurs se sont contentés de doser le brome après défécation au moyen de l'acide trichloracétique, du phosphate monopotassique à chaud, de l'acide tungstique, de l'acide métaphosphorique ou de l'acide nitrique et phosphotungstique. Or, il ne semble pas démontré qu'on puisse libérer, sans perte, tout le brome sanguin par simple défécation. C'est pourquoi la majorité des auteurs effectuent le dosage du brome après avoir préalablement détruit la matière organique ; on est ainsi amené à envisager deux stades dans ces dosages : d'abord, la minéralisation du brome à doser ; ensuite, le dosage de ce brome minéralisé.

A) LA MINÉRALISATION de l'échantillon (sang ou autre produit biologique), qui constitue le premier stade, est obtenue par certains procédés que l'on peut répartir en deux groupes.

1° *Dans le premier groupe*, on opère la calcination de la matière organique en *milieu alcalin*. Ce procédé paraît être le plus employé. Le mélange alcalin est constitué, soit par des carbonates et des nitrates alcalins, soit par de la chaux, de la magnésie ou de la potases. Ces méthodes sont délicates. Dès 1910, NEUBERG (8) signalait que les nitrates provoquaient des pertes de brome. D'autres auteurs ont signalé qu'un excès de carbonate gênait la destruction ; enfin, il semble que la température à obtenir ait besoin d'être fixée d'une façon assez précise. Les uns la fixent à 480-500°, d'autres à 460-475°.

De toutes les méthodes de ce groupe, celle de DAMIENS (9) sem-

ble une des mieux étudiées. Néanmoins, assez récemment, GUILLAUMIN et MEREJKOWSKY (10) d'une part, et Mlle OLSZYCKA (11) d'autre part, après avoir étudié la méthode d'une façon minutieuse, n'ont pas cru pouvoir l'adopter, les résultats ne leur ayant pas paru assez précis.

Rappelons cependant qu'à l'aide de cette méthode, DAMIENS a pu faire de très intéressants travaux sur la répartition du brome dans l'organisme animal. Les résultats, il est vrai, exigeaient une précision moins grande que pour le problème qui nous occupe.

2° Dans le deuxième groupe, se placent les techniques par voie humide en milieu acide, dans lesquelles l'opération s'effectue en libérant le brome par oxydation sulfochromique, sulfopermanganique, sulfophosphomanganique ou sulfonitrique.

Les difficultés de ces procédés semblent être dues à l'entraînement total de petites quantités de brome à extraire d'une masse relativement énorme de liquide. Suivant les auteurs, cet entraînement se fait, soit par un courant d'air, soit par un courant de gaz carbonique. GUILLAUMIN et MEREJKOWSKY (10) semblent avoir obtenu des résultats satisfaisants en employant un entraînement par la vapeur d'eau. La nécessité d'une calcination à la fin de ce dosage est cependant un point délicat.

B) LE DEUXIÈME STADE DU DOSAGE consiste dans le dosage du brome minéralisé. Les différentes techniques employées peuvent se diviser en trois groupes.

1° Dans un premier groupe, nous ne ferons que citer les méthodes potentiométriques dont la sensibilité n'est pas assez grande pour le problème du brome dans les milieux biologiques.

2° Le second groupe comprend les méthodes volumétriques. Elles consistent à libérer le brome d'une solution de bromure par des oxydants (permanganates en milieu bisulfaté ou phosphorique, mélange sulfochromique, phosphochromique ; eau de chlore, hypochlorite, ou acide nitrique et eau oxygénée). Le brome libéré est, soit entraîné par un courant d'air, soit par un solvant (sulfure de carbone ou chloroforme). Finalement, ce brome est dosé, soit directement, soit indirectement par l'intermédiaire de l'iodure de potassium, par l'hyposulfite de soude.

On peut reprocher à ces méthodes de n'être pas spécifiques ; une foule de corps peuvent oxyder l'hyposulfite ou déplacer l'iode de l'iodure de potassium. Il convient donc d'éviter, ce qui paraît extrêmement difficile, la présence de toutes traces des oxydants qui ont servi à déplacer le brome. Enfin, à côté des erreurs par excès, il faut signaler des erreurs par défaut, dues à

la libération incomplète du brome par les divers oxydants employés.

3° C'est pourquoi les méthodes colométriques, qui constituent le troisième groupe, paraissent préférables, car elles joignent, à leur spécificité, une grande sensibilité. Un certain nombre de réactions colorées ont été proposées pour la recherche du brome. Les plus employées sont les suivantes :

Réaction de WALTER. — Cette réaction, employée notamment par TOD (12), URECHIA et RETEZEANU (13), est basée sur la formation de bromure d'or dont on apprécie la coloration brune. Cette réaction, peu sensible, ne permet d'apprécier, d'une façon suffisamment précise, que de 1/2 à 4 mgr. de brome, doses beaucoup trop élevées pour les dosages du brome dans les liquides biologiques. D'autre part, la quantité des chlorures présents dans la réaction influe sur l'intensité de la coloration obtenue, comme l'ont montré GUILLAUMIN et MEREJKOWSKY.

Réaction de DENIGÈS et CHELLE. — C'est la réaction colorimétrique la plus employée. Elle est basée sur la formation d'un dérivé bromé de la fuchsine préalablement décolorée par l'acide sulfurique. Cette réaction, excellente au point de vue qualificatif, semble ne pas avoir donné les résultats qu'on pouvait en espérer lorsqu'on aborde le point de vue quantitatif. Il est, en effet, assez curieux de remarquer que presque tous les auteurs qui ont voulu employer cette réaction lui ont fait subir quelques modifications. C'est ainsi que cette réaction indiquée par DENIGÈS et CHELLE en 1912 a été modifiée par les mêmes auteurs en 1917. DAMIENS, employant cette réaction en 1920, la modifie à nouveau ainsi que GUILLAUMIN et MEREJKOWSKY d'une part, et Mlle OLSZYCKA d'autre part, en 1935. Ces diverses modifications montrent bien les difficultés que chaque auteur a rencontrées en essayant d'obtenir une réaction fidèle. On peut attribuer, semble-t-il, la cause de cette incertitude à l'instabilité des solutions de la matière colorante formée. En effet, comme l'a montré FREZOULS (15) et comme l'un de nous l'a confirmé (16), le dérivé bromé obtenu donne, aussi bien dans l'eau que dans le chloroforme, non pas une solution, mais une pseudo-solution, qui évolue d'ailleurs très rapidement, puisque les auteurs indiquent de faire la lecture colométrique dans les 10 minutes.

En conséquence, pour obtenir, avec cette réaction, des résultats assez fidèles, il est nécessaire d'avoir une pseudo-solution à micelles de dimensions à peu près constantes, ce qui exige un mode opératoire extrêmement rigoureux.

Réaction de SWARTS-BAUBIGNY. — Elle est basée sur la fixation du brome libéré sur la fluorescéine en donnant une matière colorante rouge, la tétrabromofluorescéine ou éosine. Une nouvelle technique a été récemment mise au point par HAHN (5). Cette réaction très sensible [HAHN estime pouvoir apprécier jusqu'à $1/10^{\circ}$ de γ (soit un $1/10.000^{\circ}$ de mgr.)] semble préférable à la précédente, mais ne nous a cependant pas donné les résultats précis que nous désirions. Les irrégularités obtenues semblent être dues à la complexité des réactions entrant en jeu.

MÉTHODE PROPOSÉE. — Ayant constaté que toutes les méthodes actuelles sont susceptibles de critique, l'un de nous a été amené à mettre au point une nouvelle réaction colorimétrique, basée sur la transformation du rouge de phénol (phénolsulfonephtaléine), réactif déjà indiqué par Stenger et Kolthoff, en bleu de phénol (tétrabromophénolsulfonephtaléine) et le dosage du colorant bleu obtenu. Cette méthode nous a donné les résultats suffisamment précis et réguliers que nous désirions. On trouvera la technique détaillée dans un article de *Journal de pharmacie et de chimie* du 1^{er} novembre 1936.

Nous poursuivons actuellement la mise au point du premier stade du dosage, c'est-à-dire de la minéralisation du brome.

Nous espérons ainsi aborder prochainement, avec une technique sûre, le problème du brome dans la psychose maniaque-dépressive. Nous exposerons plus tard les résultats obtenus. Il est prudent, pour le moment, d'être extrêmement réservé sur la valeur d'une conception qui paraît, jusqu'ici, fort hypothétique.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) ZONDEK et BIER. — *Bioch. Zeits.*, 1931, 241, 491.
- 2) PINCUSSEN et ROMAN. — *Bioch. Zeits.*, 1929, 207, 416.
- 3) BERTRAM. — *Acta. brev. Neerl. Physiol.*, 1932, 2, 105.
- 4) FLEISCHHAKER et SCHEIDERER. — *Klin. Woch.*, 1932, 11, 1550.
- 5) HAHN. — *C.R. Ac. Sc.*, 1933, 197, 245 ; *Klin. Woch.*, 1932, 12, 390.
- 6) HOLTZ et ROGGENBAU. — *Klin. Woch.*, 1932, 12, 1410.
- 7) ALMEIDA-DIAS. — *C.R. Soc. Biol.*, 1935, 118, 115.
- 8) NEUBERG. — *Bioch. Zeits.*, 1910, 27, 261.
- 9) DAMIENS. — *Bull. Soc. Pharmacol.*, 1920, 27, 609 ; 1921, 28, 37, 81, 205.
- 10) GUILLAUMIN et MEREZKOWSKY. — *Bull. Soc. Chim. Biol.*, 1935, 17, 485.
- 11) OLSZYCKA. — *Bull. Soc. Chim. Biol.*, 1935, 17, 852.
- 12) TOD. — *J. Mental Sci.*, 1933, 79, 373.
- 13) URECHIA et RETEZEANU. — *C.R. Soc. Biol.*, 1933, 112, 411 ; 1934, 115, 312.
- 14) DENIGES et CHELLE. — *C.R. Soc.*, 1912, 155, 1010 ; *Bull. Soc. Pharmacie de Bordeaux*, 1917, 55, 75.
- 15) FREZOULS. — *Ann. Fals. et Fraudes*, 1934, n° 307, p. 351.
- 16) BALATRE. — *Journal Pharm. et Chim.*, 1936 (8), 25, p. 409.
- 17) STENGER et KOLTHOFF. — *J. Amer. Chem. Soc.*, 1935, 57, 831.

Délires aigus primitifs secondaires et intercurrents,
par MM. J. CAPGRAS et J. DAUMEZON.

La clinique psychiatrique française a isolé, voici un siècle, une entité particulière de psychose aiguë, le délire aigu caractérisé par l'évolution rapide avec agitation, confusion et souvent onirisme, hyperthermie, pronostic très sombre. Calmeil et bien d'autres remarquaient l'identité du syndrome avec celui observé au cours d'affections générales identifiées et il faisait entrer, dans la définition de la nouvelle entité, l'absence d'étiologie connue, l'absence de lésions organiques à l'autopsie.

Il est curieux de noter que la naissance du délire aigu est antérieure à celle de la confusion mentale, et plus encore à la notion d'infection. On doit attribuer cette précession à la valeur dramatique et frappante du processus qui a, d'emblée, éveillé l'attention des auteurs les plus anciens, comme en témoignent les descriptions de la phrénitis. La relative rareté des cas cliniques correspondant au syndrome décrit par Calmeil, l'obscurité de son étiologie et de sa pathogénie l'ont défendu pendant longtemps contre les essais de dissociation.

Depuis une cinquantaine d'années, la recherche d'une étiologie infectieuse ne paraît avoir donné que de médiocres résultats. C'est seulement ces toutes dernières années que Toulouse, Marchand et Courtois, abordant le problème par son aspect biologique autant que clinique, décrivirent une encéphalite psychosique aiguë azotémique dont les caractéristiques sont :

au point de vue anatomique : des lésions inflammatoires du type encéphalite.

au point de vue clinique : un syndrome délire aigu.

au point de vue humoral : azotémie élevée, quelquefois même énorme.

Cette description scinde, de façon très nette, le délire aigu et semble préluder à son proche démembrement.

Quel que soit le sort ultérieur de ce syndrome, nous croyons que son unité symptomatique traduit peut-être une identité au moins pathogénique, sinon étiologique. C'est pourquoi, sans abandonner le terrain purement clinique, il nous paraît intéressant de noter avec précision les particularités de la maladie de Calmeil.

Frappés par la multiplicité des formes de début, nous exposerons dans cette étude, à la lumière des observations recueillies

dans notre service, les diverses modalités d'invasion de la psychose. Dès longtemps, ce point clinique a intéressé les auteurs. Ball et Chambard écrivaient dans le *Dictionnaire Dechambre* : « Les uns sont frappés en pleine santé, mais l'observation montre que ce sont souvent des héréditaires ; les autres sont affectés d'une névrose plus grave et mieux définie ; d'autres enfin, et c'est le plus grand nombre, sont pris de délire aigu dans le cours d'une vésanie. » Cette phrase résume très exactement les idées de l'époque, Calmeil considérant le délire aigu comme un mode fréquent de terminaison des affections mentales chroniques dans les asiles.

On voit apparaître par la suite la notion de délire aigu idio-pathique et la distinction fondée essentiellement sur le mode d'éclosion, sur le contenu de la phase prodromique.

Marchand, rapportant au Congrès de Rabat les données de sa statistique, classait les cas en trois catégories :

Encéphalite aiguë primitive	14 cas
Encéphalite aiguë, complication d'une psychose ..	15 —
Encéphalite aiguë, secondaire à une affection somatique déterminée	27 —

Son souci de recherche pathogénique dans le cadre biologique inclinait l'auteur vers l'adoption de cette classification.

D'un point de vue de pure clinique psychiatrique, nous classerons les 28 observations de notre statistique sous trois rubriques un peu différentes :

— Délire aigu primitif (8 cas) : à début brusque, mais polymorphe dans ses prodromes.

— Délire aigu secondaire (9 cas) : à début insidieux plus ou moins long par des troubles du caractère,

— des troubles psychopathiques divers.

— Délire aigu intercurrent (11 cas) : au cours d'une psychose chronique et surtout de la psychose maniaque dépressive.

DÉLIRE AIGU PRIMITIF. — Il est exceptionnel que la confusion, l'agitation, la fièvre élevée, l'atteinte générale profonde qui caractérisent le délire aigu, s'installent d'emblée. On rencontre cependant des malades qui correspondent à ce type : une de nos malades, de comportement normal jusque-là, est brusquement prise d'une agitation violente et clastique avec cris et chants confus. Un médecin, appelé immédiatement, insiste sur le caractère confusionnel des troubles, la température élevée, etc...

Quoi qu'il en soit de ces débuts brusques, on rencontre plus

souvent un tableau d'aspect bâtarde, tantôt confusionnel (2 cas), tantôt d'allure mélancolique (1 cas), tantôt d'allure maniaque (1 cas), tantôt comparable au délire polymorphe des dégénérés, tantôt aussi, lorsqu'un examen minutieux a pu être pratiqué, on a relevé un ensemble d'éléments discordants appartenant à la symptomatologie confusionnelle, maniaque, mélancolique, voire catatonique ou épileptique... Tous ces tableaux sont de durée très courte, n'en imposant guère pour un état pur et, comme le remarque Beauchesne, un état confusionnel sous-jacent peut souvent être mis en évidence et hâter le diagnostic.

Nos rapporterons de ces cas une observation particulièrement typique dans l'intrication des éléments qu'elle présentait :

Mlle L., 24 ans, étudiante, entre à Ste-Anne le 9 décembre 1931. Le certificat d'internement du Dr Heuyer est ainsi conçu : « Agitation anxieuse. Idées délirantes polymorphes. Appels au secours. Affirmation de sa foi. On veut la faire passer pour folle, lui faire du chantage, la violenter. » Probabilité d'hallucinations psychomotrices : « On change ses paroles ». Etat confusionnel. Dysmnésie. Désorientation. Obtusion. Anxiété. Turbulence nocturne. Arrêtée à Notre-Dame : troublait l'office par ses propos et ses gestes. Tachycardie. Souffle systolique d'insuffisance mitrale. Scoliose ancienne ».

A l'entrée, le tableau est absolument celui de ces épisodes d'agitation à thèmes multiples constitutifs des états d'excitation passagère des dégénérés. On note alors toute une sémiologie qui concorde avec ce tableau : anxiété, regards craintifs, marmottements, mutacisme, réponses difficiles, rares, courtes, imprécises, sans adaptation aux questions. Par instant, au milieu de cette présentation de ton triste, des éclats de rire. Le lendemain, on l'interroge plus attentivement, elle raconte en termes volubiles mais en recommençant nombre de fois son récit, son arrivée toute récente à Paris, les détails du voyage, de l'installation ; elle n'en sort pas, piétine, cherche à préciser ses souvenirs, pleure, s'excite et tape du pied si on fait mine de ne pas l'écouter. Les précisions qu'elle donne sur la scène ayant entraîné l'arrestation, sont particulièrement puériles ; elle parle de sa montre très précise, de sa pendulette très juste, revient encore en termes stéréotypés sur ces mêmes expressions. A Notre-Dame, elle a entendu une voix effrayante qui criait, ne sait plus ce que disait la voix... Elle a eu à ce moment une période d'absence et ses souvenirs ne reprennent qu'à l'arrivée à l'Infirmierie spéciale. On note encore quelques expressions qui dénotent un sentiment d'étrangeté dans la période qui a coïncidé avec l'installation à Paris : Hémispasme droit de la face, fente palpébrale amincie à droite, tremblement de l'orbiculaire des lèvres (paralyse facile *a frigore* en 1927).

La famille devait indiquer deux ou trois épisodes étiquetés « syncopes » ou « vertiges » survenant en particulier à l'église.

Sur la constatation de cet ensemble de signes, le pronostic porté est très favorable, l'agitation rappelait si bien l'excitation des bouffées polymorphes, et aucun élément inquiétant ne pouvait attirer l'attention.

Mais le lendemain, à cette présentation a succédé une autre : mutisme complet avec opposition, gesticulation désordonnée, mimique effrayée ; la température est à 38°9, le pouls à 70, les lèvres sont sèches et fuligineuses, le refus d'aliments est absolu.

L'évolution se fera comme celle d'un délire aigu et la malade meurt le 14 décembre.

DÉLIRE AIGU SECONDAIRE. — Contrairement aux 8 malades de la série précédente, nous avons à faire ici à des cas où la phase de début, d'évolution beaucoup plus longue, n'a pas été marquée de ces éléments confusionnels qui permettaient de les rattacher étroitement à l'évolution fatale de la maladie. Les troubles consistent dans nos 9 cas soit, le plus souvent, en troubles du caractère, soit encore en des espèces psychiatriques diverses assez nettement caractérisées pour qu'on puisse les diagnostiquer ; avec prédominance cependant de l'élément hypocondriaque. Nous indiquerons brièvement une observation particulièrement typique :

Mlle S. Madeleine, 31 ans, employée de banque, entre à l'Asile le 20 avril 1936, son aspect physique, sa présentation, sont absolument ceux d'un délire aigu. Le diagnostic est fait d'emblée. Après trois semaines d'évolution, la fièvre tombe, la malade restera confuse deux mois, des reliquats oniriques persisteront longtemps, elle pourra cependant sortir guérie en octobre. Le début des troubles remonte à février dernier : à cette époque, la sœur fut atteinte d'une grippe qui l'a laissée un moment asthénique.

Madeleine la soigne avec sa conscience coutumière mais commençait vers la fin de la convalescence à s'énervier facilement, à crier pour un rien, à se mettre en colère pour des motifs futiles. Tant et si bien que le médecin consulté proposa de prendre du repos. Notre malade s'emporta, eut avec sa sœur une violente discussion, lui cria qu'elle voulait maintenant se débarrasser d'elle après en avoir profité, puis, deux jours après céda brusquement aux objurgations de sa famille et alla s'installer pour deux mois dans le Midi. Dans la pension de famille soigneusement choisie où elle descendit, tout alla bien d'abord mais bientôt les mêmes soupçons, les mêmes impatiences se firent jour. La maison lui semblait mal fréquentée, les domestiques mal stylés. Un employé de la succursale de sa banque qui s'intéressait à elle en bon collègue lui paraît avoir à son égard des intentions malhonnêtes et elle le rabroue vertement lorsqu'il vient s'enquérir de sa santé. Cet état va en empirant et au début d'avril

elle écrit à ses parents une série de lettres où s'extériorise une violente colère..., d'ailleurs, dans la nuit du 5 au 6 avril, elle s'enfuit de la pension en brisant tous les objets fragiles de sa chambre, sa famille vient alors la chercher et l'emmène à Ste-Anne.

Questionnée sur son état antérieur, Madeleine, lors de sa guérison, explique : « J'ai eu à ce moment-là un caractère de chien..., je m'emportais pour un rien ; je ne sais pas ce que j'avais.

Il semble inutile de rapporter intégralement d'autres faits qui montreraient des malades atteints d'un syndrome mélancolique, ou délirant typique, mais atténué, ne nécessitant pas l'internement.

On devra se montrer très exigeant pour affirmer de telles évolutions ; les familles questionnées ont en effet tendance à présenter la grave maladie, le délire aigu, comme précédée par une phase dont ils se plaisent à rechercher des signes hypothétiques et discutables.

DÉLIRE AIGU INTERCURRENT. — Calmeil et ses contemporains considéraient le délire aigu comme une manière de mourir des vieux vésaniques. On est bien revenu sur de telles opinions. Une hygiène hospitalière plus rationnelle a, sans doute, diminué la mortalité par ces affections rapides à symptomatologie psychique bruyante qui en imposaient pour un délire aigu. Cependant, on trouve fréquemment, dans les antécédents immédiats ou éloignés des malades atteints de cette affection, une psychose indiscutable à évolution et à diagnostic confirmés ayant entraîné l'internement ou des réactions graves. Onze de nos observations répondent à cette définition.

Nous rencontrons ainsi un délire de jalousie, un délire de persécution à thème politique évoluant, l'un et l'autre, depuis près d'une année. Dans un autre ordre d'idées, une malade, étiquetée d'abord paralysie générale, puis démence alcoolique, meurt brusquement avec un syndrome de délire aigu 4 mois après l'entrée à l'Asile, alors que l'affaiblissement datait de plusieurs années. Citons encore une mélancolie de la ménopause dont l'évolution est brutalement interrompue. Une hétérophrénique, qui avait présenté une rémission, est internée de nouveau dans un état d'agitation forcenée à type catatonique, mais au bout de quelques jours, l'état général s'aggrave brusquement, la fièvre apparaît, la cachexie s'installe et la malade meurt.

En face de ces cinq observations, nous voulons insister sur les 6 cas indiscutables de psychose maniaque-dépressive qui paraissent poser un problème du plus haut intérêt.

Chez deux malades, on relève des accès antérieurs dépressifs ou maniaques banaux et c'est au cours d'un accès identique que s'installe le délire aigu. Les quatre autres ont présenté, elles aussi, plusieurs accès, mais l'un d'eux, ou même plusieurs, a revêtu une forme particulièrement grave : l'agitation, la sitiophobie en fièvre élevée, le mauvais état général, le taux d'urée élevé même permettent de penser à un syndrome singulièrement rapproché de celui du délire aigu. L'observation la plus démonstrative est sans doute la suivante qui pose encore la question de rapports d'un tel syndrome avec certains états comitiaux frustes.

L. Paulette, 31 ans, entre dans le service pour la troisième fois, le 10 septembre 1936, à la suite d'une fugue accomplie au cours d'un épisode d'excitation. Après une courte phase d'obnubilation la malade présente un état mental absolument normal, si bien que sa sortie est demandée : le 16 octobre on note une subexcitation, le 17, agitation désordonnée, accompagnée de cris et de chants ; parallèlement, la température croît et le 22, la malade meurt en hyperthermie : 41°7.

Les antécédents familiaux apprennent peu de chose :

La mère de la malade est encore vivante et bien portante.

Le père est mort de diabète à l'âge de 56 ans.

Deux frères sont décédés en nourrice.

Mariée en 1926 la malade a deux enfants : une fille de 9 ans et un garçon de 5. Le mari est en bonne santé.

On note seulement que le grand-père paternel « tombait du haut mal ».

L'histoire de la malade est plus intéressante à retracer. Après une enfance normale, sans aucun retard de développement, sans énurésie, sans crise convulsive, la malade fut une élève docile, intelligente, obtint son certificat d'études à l'âge de 12 ans. A 13 ans, en 1918, elle présente un épisode d'excitation, débutant par une hallucination visuelle : voyait « sous la voûte un homme et une femme ». Puis, courte période de dépression avec fièvre. Le tout dure deux semaines et les phénomènes disparaissent à l'installation des règles.

L'année suivante, nouvel accès d'excitation plus courte, soigné lui aussi à domicile.

En 1924, à l'âge de 19 ans, un accès identique fut traité à la Salpêtrière : il s'agit d'une crise d'excitation simple qui dure quelques jours, nécessitant un traitement de courte durée, n'ayant jamais dépassé un mois.

Quatrième accès en 1925, à 20 ans, nécessitant, celui-là, l'internement à Vaucluse.

C'est après cette crise, en 1926, que la malade se marie, a un enfant dix mois après..., et ne présente, jusqu'en 1928, le moindre épisode d'agitation.

Cinquième accès du 13 juin au 12 juillet 1928, soignée dans le Service alors qu'elle s'occupait de sa fille âgée de 9 mois, la laisse tomber, s'excite, casse tout dans la maison, gifle son père et son mari. En même temps la température s'élève aux environs de 39°. A l'arrivée, on note un herpès labial, des contusions multiples et une tuméfaction du coude qui se révèle due à un phlegmon. Après injection de propidon, le phlegmon doit être incisé. L'agitation tombe rapidement et le 5 juillet la malade est calme, lucide; elle sort le 13.

Le sixième accès est soigné à Ville-Evrard en 1932, pour la seconde fois l'agitation est suivie d'une courte phase dépressive. Mais on note encore au début de l'excitation un épisode fébrile grave. L'accès de courte durée est terminé en un mois.

Septième accès du 17 avril au 15 mai 1934, soigné dans le service : même physionomie que les précédents : agitation avec fièvre élevée. L'amélioration est extrêmement rapide.

Le dernier internement est du 10 septembre 1936. La malade, en pleine agitation, part de Ste-Anne où elle était venue consulter, sentant s'approcher une crise ; elle est retrouvée par les agents dans le bois de Vincennes le lendemain matin, excitée, se dénudant, criant, chantant à tue-tête.

A l'arrivée dans le service elle est déjà beaucoup plus calme et au bout d'une semaine, tous les troubles ont disparu. La sortie est demandée et une nouvelle crise avec fièvre élevée enlève cette fois la malade.

L'interrogation systématique de Mme L. et de sa famille mettait en relief une série de détails intéressants quant à l'allure des crises. Tout d'abord les crises étaient plus fréquentes que les internements et seuls les épisodes d'agitation confusionnelle ou ceux ayant provoqué de graves réactions anti-sociales étaient traités à l'asile. C'est ainsi que de 1934 à 1936 la famille a pu noter trois accès.

Généralement, la malade sentait très nettement venir l'accès : aucun phénomène sensoriel moteur ou psychique caractérisé, mais une impression vague et qui ne la trompait jamais. Elle restait ainsi pendant quelques heures. Nous avons assisté à cette courte phase précédant la dernière crise : Mme L. était inquiète, nous disait tristement : « Je ne me sens pas bien, je crois que cela va revenir ».

Ces crises elles-mêmes étaient presque toujours du type excitation. Cependant, on a noté, deux ou trois fois, une courte phase dépressive succédant à l'épisode maniaque. En effet, l'agitation paraît chaque fois de type expansif ; les certificats sont tous formels et signalent la mobilité de l'humeur, la fuite des idées, les jeux de mots, les assonances. Cependant, au milieu de ce tableau, on trouve quelques éléments suspects. Par instant la malade paraît ignorer où elle se trouve, ne reconnaît plus sa famille. A plusieurs reprises, la réaction est la fugue : la malade quitte le domicile conjugal et on la retrouve une fois à Noisiel, une autre fois à Boissy-St-Léger, et lors

du dernier accès, dans le Bois de Vincennes. Elle prétend être incapable de rappeler les phases de l'excitation. De même, lors de l'internement en 1934, après la guérison, Mme L. assurait ne se souvenir de rien « je me suis retrouvée au commissariat à Vincennes, mais je ne sais pas ce qui s'est passé, on m'a dit qu'on m'avait retrouvée dans le bois », déclara-t-elle, lors du dernier épisode. Notons encore la chute du bébé, le bris d'une vitre et la malade dansant pieds nus sur les débris. Plusieurs fois en pleine agitation la malade urine sous elle. En dehors de ces éléments on ne retrouve aucun phénomène d'allure comitiale dans la vie de la malade.

Un troisième caractère des accès, que tous ne présentent pas mais qu'on retrouve cependant souvent, est la confusion avec fièvre élevée et azotémie.

Dès le premier accès, à treize ans, on voit apparaître l'hyperthermie, on la retrouve presque à chaque internement avec température aux environs de 39°, 40°. L'agitation paraît alors moins maniaque et la malade est plus confuse, plus obnubilée. En 1928, un phlegmon du coude paraît légitimer l'hyperthermie. Mais aucune localisation ne peut être notée lors des épisodes précédents ou suivants. A deux reprises on trouve une abolition des réflexes qui réapparaissent à la fin de la crise. Les ponctions veineuses étaient difficiles chez la malade ; cependant, lorsqu'elles ont été pratiquées en période d'agitation avec fièvre elles ont toujours donné un sang hyperazotémique : 1 gr. 70, 1 gr. 20. Par contre, lors de l'épisode de fugue, en septembre dernier, alors qu'on ne pouvait noter ni confusion, ni fièvre, le dosage d'urée indiquait : 0 gr. 35.

Il nous semble difficile de tirer, de cet ensemble si disparate, une conclusion ferme.

L'étude d'un point ainsi précis de l'évolution ne peut que fournir des arguments assez légers, cependant, il nous paraît troublant de constater la fréquence d'accidents mentaux graves prenant une allure d'affections connues et précédant de peu, entrant même en continuité avec un syndrome aussi mal connu que le délire aigu. Ne peut-on en induire, au moins pour certains cas, une étiologie commune ? D'un point de vue plus pratique, la notion de délire aigu lié à la maniaque-dépressive nous paraît devoir être retenue.

De telles considérations ramènent le délire aigu dans un cadre psychiatrique en étroite liaison symptomatologique, et sans doute étiologique, avec les syndromes d'excitation ou de dépression habituellement constatés en médecine mentale.

Catatonie pure chez un enfant de seize ans
(présentation de malade), par MM. M. BRISSOT et J. MAILLEFER.

Il est rare, croyons-nous, de constater chez un malade l'existence d'un syndrome catatonique stuporeux évoluant à l'état de pureté, c'est-à-dire sans mélange d'idées délirantes d'aucune sorte. Nous en présentons un cas aujourd'hui dont l'intérêt est accru du fait que le sujet est un enfant.

Le jeune S. G... est entré à la Colonie de Vaucluse le 31 juillet 1936, à l'âge de 16 ans.

Ses parents ont pu nous fournir quelques renseignements sur ses antécédents personnels :

Poids de 8 livres au moment de la naissance, enfant à terme. Pas de maladie grave dans la première jeunesse, le malade ayant contracté seulement à 2 et 3 ans une scarlatine et une diphtérie qui ne laissèrent aucune séquelle.

Puis l'enfant est mis à 6 ans à l'école maternelle durant une année ; il fréquente ensuite la classe assez régulièrement jusqu'à 14 ans passés. Aux dires de l'instituteur : « Vers 10 ou 11 ans, c'était un élève pâlot, chétif, tranquille, très docile, d'une activité relative, mais très sociable. Il ne se faisait remarquer alors ni en bien ni en mal, mais plutôt en bien qu'en mal, quoique disposant de moyens très ordinaires et faisant preuve d'un travail régulier. Des progrès continus, sinon peu sensibles, tels sont les souvenirs que j'en ai conservés. » D'ailleurs, il ne se présenta pas au certificat d'études primaires ; la raison en aurait été son manque de capacité, d'après sa mère.

Quittant alors l'école en 1934, il entre en novembre de la même année comme commis boucher à Bezons. Il demeure 8 mois dans cette place ; mais, vers la fin, il manque d'appétit et il se plaint à ses parents que le travail est trop dur, ce qui donne à penser qu'il est déjà préoccupé. Un jour, il quitte brusquement son patron, ayant, dit-il, « reçu un certificat signé par la femme de ce dernier ». Il s'habille, prend sa bicyclette et se rend dans un bureau de placement à Paris.

Dès lors, il fait plusieurs places sans pouvoir s'y maintenir. Il entre successivement dans une boucherie de Puteaux, qu'il quitte au bout d'une semaine, parce que la patronne ne lui plaît pas ; dans une épicerie, où il passe huit jours à laver des bouteilles ; dans une fabrique d'appareils électro-mécaniques d'Argenteuil, où il est occupé pendant un mois ; enfin dans une droguerie. Il est admis peu de temps après à la Colonie de Vaucluse.

Quant aux antécédents héréditaires du malade, ils sont assez chargés :

Père : 51 ans, très dégénéré au point de vue physique.

Mère : 44 ans, nous est mieux connue par suite des visites répétées qu'elle fait à son fils. C'est une grosse débile, presque subdélirante parfois au cours de la conversation.

Sœur du sujet : 21 ans, nerveuse, également débile et peu instruite. La mère a fait une fausse couche de 2 mois et demi.

Grands-parents maternels : décédés aujourd'hui. Rien à signaler chez eux.

Grands-parents paternels : grand-père buveur et mort en paralysie. On ne note rien de particulier chez les autres parents.

Le début de la maladie semble remonter à environ un an et demi, vraisemblablement en août 1935, alors que le sujet avait 15 ans. C'est à cette époque qu'il quitte son premier emploi chez un boucher, et qu'il présente des préoccupations hypochondriaques, des bizarreries dans son comportement et une instabilité marquée.

Sa mère prétend que, vers la même date, il aurait été impliqué dans une affaire de vol d'auto, qu'il aurait été interrogé à la gendarmerie où il aurait passé la nuit. Cet incident l'aurait, paraît-il, beaucoup troublé, bien que son innocence ait été immédiatement reconnue.

S. G... a fait deux séjours à l'hôpital d'Argenteuil, l'un très court en septembre 1935, l'autre du 1^{er} au 30 mai 1936. Entre temps, il est conduit une première fois à la consultation de l'hôpital Henri-Rousselle ; il est à ce moment craintif et anxieux. Le 28 juillet enfin, il est admis à nouveau dans ce dernier établissement, car il présente cette fois un état de délire et de demi-mutisme.

Nous l'examinons le 31 juillet, à la Colonie de Vaucluse, où il est transféré.

Nous constatons alors chez lui des symptômes très nets de dissociation intellectuelle. Il est confus, presque incohérent dans ses explications, il s'exprime d'un ton bref, explosif, monotone, entrecoupé de sourires niais. Son interrogatoire est d'ailleurs particulièrement pénible. Il est ici, dit-il, dans les vignes d'Argenteuil ; il est venu pour surveiller l'asile ; il ne voulait pas manger à la maison « parce qu'il manquait d'un peu de sang », il a voulu se suicider à son domicile (il rit), il « a coupé un fil de fer avec une pince, a tapé dessus... ». Il entre dans le service « pour servir à balayer, à broser, c'est tout ».

La recherche de ses connaissances scolaires, assez difficile dans un pareil cas, a révélé qu'il possédait une instruction élémentaire. Son niveau intellectuel n'a pu être dosé avec exactitude.

L'état physique est bon.

L'un de nous rédige en conséquence, le 1^{er} août 1936, le certificat suivant :

« Est atteint d'affaiblissement des facultés intellectuelles avec confusion, incohérence des propos, inconscience de sa situation, parole brève, monotone ; demi-mutisme, inertie mentale. Rires niais par intervalles.

« Evolution hébéphrénocatatonique.

« A maintenir. »

Les symptômes s'aggravent très rapidement, et le malade tombe très vite dans un état de stupeur de plus en plus prononcée. Quinze jours après son admission, il présente de l'inertie, un mutisme à peu près complet, et des attitudes cataleptiques.

Cet état de stupeur catatonique ne fera dès lors que s'accroître et persistera jusqu'à la mi-septembre, date à laquelle le malade est soumis, comme nous le verrons plus loin, à un traitement par l'huile térébenthinée. Il s'améliore alors très vite, retrouve sa lucidité, n'est plus incohérent et vaque à quelques occupations.

Ce mieux ne persiste pas et, dans les premiers jours d'octobre, notre jeune sujet retombe dans un état de stupeur qui va dès lors s'accroître. Il devient malpropre, souvent même gâteux, et de brèves paroles ne sortent désormais de sa bouche qu'après des incitations multiples et pressantes.

Actuellement, le jeune malade se présente avec un syndrome psychomoteur complexe caractérisé par la perte de l'initiative motrice, un certain degré de tension musculaire, quelques phénomènes automatiques paradoxaux accompagnés de troubles mentaux stuporeux.

En effet, S. G., manque de spontanéité ; il passe ses journées figé, soit au lit, soit à l'endroit où on l'a placé, dans l'inertie la plus complète et dans l'attitude qui lui a été donnée. Il se déplace seulement si quelqu'un le sollicite ; encore cette activité disparaît-elle quelques instants après. Son visage reste atone, rien autour de lui n'attire son regard ; il demeure indifférent, même lors des visites de ses parents. Il est presque impossible de lui arracher une parole, car il reste continuellement silencieux. Et, s'il ne s'oppose pas à accomplir les ordres donnés, encore lui faut-il auparavant faire effort pour vaincre son inertie. Parfois cependant, il est sujet à un geste impulsif : c'est ainsi que, récemment, il a giflé une infirmière du service (Fig.).

En plus de ces troubles du comportement et de la disparition chez lui de tout élan vital, cet enfant présente également des troubles moteurs. Il conserve passivement jusqu'à la période de fatigue les attitudes imposées, donnant une impression de flexibilité cireuse et de raideur musculaire au niveau des membres. Il garde les positions décrites sous les dénominations « d'oreiller psychique » et de « statue égyptienne ». Sa main ne rend pas la pression (main de Kræpelin), sa langue ne se retire pas devant le geste de la lui piquer. Enfin, après percussion du tendon rotulien, l'extension de la jambe persiste. On constate ainsi des attitudes cataleptiques très marquées.

L'étude des troubles de l'intelligence est impossible, car il existe chez lui un état stuporeux. Il est comme plongé dans un « sommeil éveillé ». Les notions de temps et d'espace ne l'inquiètent pas ; il est passif, obtus et sans contact instinctif avec l'extérieur ; mais il ne présente pas de troubles apraxiques, lorsqu'il exécute un acte au commandement.

A cette triade symptomatique s'ajoutent des troubles neurobiologi-

ques, tant somatiques que neurologiques et végétatifs. Le malade a maigri depuis son entrée et ne pèse plus actuellement que 41 kg. 500 pour 1 m. 62 de hauteur. L'auscultation cardiaque ne révèle aucun souffle orificiel ; la tension artérielle prise au Boulitte donne une



maxima de 11, une moyenne de 9 et une minima de 7 1/2. Le pouls donne 72 pulsations à la minute.

On note, du côté de l'appareil respiratoire, des mouvements diminués d'amplitude et à rythme légèrement accéléré (24 inspirations, 24 expirations). Les sommets sont submat et l'on entend quelques sous-crépitations à leur niveau. L'examen des crachats n'a pas été possible. La radiographie enfin, si elle ne montre aucune image pathologique malgré les signes stéthoscopiques, a permis de déceler la présence à droite d'un ganglion hilair volumineux. En outre, l'ombre cardiaque est petite et presque verticale. — Foie et rate normaux.

Du point de vue réflexivité, on note des réflexes rotuliens et

achilléens vifs. La sensibilité est très diminuée, sauf à la face plantaire du pied. L'examen des yeux décèle seulement une forte mydriase ; pas d'hippus catatonique.

Nous avons constaté également des troubles sympathiques : la raie blanche de Sergent persiste, le réflexe pilomoteur est très diminué, les extrémités sont cyanosées. Si le réflexe oculo-cardiaque provoque une diminution de 12 pulsations (72 contre 60), il n'existe, par contre, aucune variation dans l'amplitude oscillographique lors de la recherche du réflexe solaire.

Notre malade est aussi sujet à des sueurs ; on doit le changer plusieurs fois dans la journée. — Son système pileux est très développé pour son âge au niveau des aisselles, du pubis et des membres inférieurs. Il présente, en outre, un gâtisme continu depuis 2 mois et demi.

L'analyse du sang a montré une urée de 0 gr. 45 0/00, un Bordet-Wassermann, un Kahn et un Meinicke négatifs.

Pas de troubles pathologiques du liquide céphalo-rachidien (albumine : 0 gr. 15 ; sucre libre : 0,36 ; Pandy et Weichbrodt : 0 ; leucocytes : 1,2 ; Benjoin ; 00000-12210-00000 ; Elixir parégorique : 0 ; Bordet-Wassermann et Meinicke : négatifs).

Quant aux urines, elles ont un aspect trouble et une réaction légèrement alcaline. On n'y trouve rien d'anormal, à part la formation d'un sédiment fait d'urate d'ammoniaque et de quelques leucocytes.

Depuis son entrée à la Colonie de Vaucluse, S. G... a été soumis successivement à trois thérapeutiques :

1° *Huile térébenthinée au cinquième.* — Trois injections (0,20, 0,50, 1 gr.) ont été pratiquées au niveau des cuisses les 29 août, 2 et 9 septembre 1936. Elles donnèrent naissance chacune à un abcès de fixation qui resta au stade fluxionnaire, sans aller jusqu'à la suppuration, mais qui eut comme résultat une amélioration nette et rapide de l'état mental. Le malade sortit de sa stupeur, retrouva sa lucidité et se livra à quelques occupations ménagères. La deuxième injection d'huile térébenthinée provoqua une élévation de la température à 39°.

Malheureusement, ce mieux ne fut qu'éphémère (15-30 septembre) et, au début d'octobre, notre sujet retomba dans son premier état de stupeur. Bien plus, il devint malpropre, gâteux par intermittences ; il ne fut même plus possible de lui faire prononcer de brèves paroles, aussi pressantes et répétées que fussent nos sollicitations.

2° Après cet échec, nous soumîmes le malade à des injections de *sulfosine* (huile soufrée à 1 %) du 6 octobre au 16 novembre. La dose thérapeutique fut amenée progressivement et selon la méthode habituelle de 1 à 16 cm³. Malgré ces fortes doses, le sujet resta à peu près apyrétique et aucune amélioration, même passagère, ne fut cette fois constatée.

3° Devant ces deux succès, nous laissâmes S. G... au repos jusque dans les premiers jours de décembre et nous instituâmes alors le traitement classique par les *sels d'or* : doses croissantes à intervalles

réguliers de *Crisalbine* injectée d'abord par voie intra-musculaire, puis par voie intraveineuse, sans dépasser 0,25 par séance. La quantité de *Crisalbine* administrée à l'heure actuelle est de 1 gr. 80 au total ; ce n'est certes pas la dose à laquelle nous nous proposons de nous arrêter, mais nous devons faire l'aveu que, jusqu'à ce jour, le moindre signe favorable ne peut être enregistré, permettant d'envisager l'avenir de ce jeune malade sous des couleurs moins sombres.

En résumé, nous sommes en présence d'un sujet chez qui les troubles mentaux ont débuté à l'âge de 15 ans, il y a dix-huit mois environ (août 1935). Pendant une année, le malade se montre préoccupé, anxieux, craintif, très instable dans son travail habituel. Puis, brusquement, sans que nous puissions préciser très exactement leur date d'éclosion, en tout cas vers juillet 1936, se manifestent des symptômes de dissociation intellectuelle : incohérence, verbigération, idées délirantes absurdes, velléités de suicide, attitudes catatoniques (inertie, refus d'aliments, etc.) et demi-mutisme par intervalles.

Très rapidement (premiers jours d'août), la stupeur catatonique fait son apparition, dont le malade ne sortira désormais plus, sauf pendant une courte période au mois de septembre.

A n'envisager que les troubles actuels, il est évident que le jeune S. G... présente un *syndrome catatonique pur*, sans adjonction d'aucun élément hébéphrénique. Ce qui domine chez lui, c'est un état de stupeur de plus en plus profond et des troubles moteurs (attitudes cataleptiques, flexibilité cireuse, akinétisme absolu).

On serait donc tenté, à la vue seule de ce tableau clinique, de faire, de ce malade, un catatonique du type *Kahlbaum*, c'est-à-dire atteint de cette affection *autonome*, décrite par le médecin allemand.

Mais nous savons que la période de stupeur actuelle — qui persiste depuis plus de six mois — a été précédée par une phase d'hébéphrénie, très courte, il est vrai, mais indiscutable.

De sorte que, s'il convient de ranger la psychose dont souffre notre jeune sujet dans le cadre de la démence hébéphréno-catatonique, il n'en reste pas moins que celui-ci présente, à l'heure actuelle, une forme *exclusivement catatonique* de la démence précoce, le syndrome stuporeux-moteur étant, de beaucoup, prévalent.

M. BRISSOT. — J'ajouterai deux mots pour demander l'avis de la Société au point de vue de la thérapeutique de tels cas qui s'améliorent parfois sous l'influence des infections et des métastases, comme l'a signalé M. Baruk.

M. H. CLAUDE. — Pour que la sulfosine et la chrysalbine soient efficaces, il faut les administrer simultanément et non séparément.

M. H. BARUK. — J'ai, en effet, constaté la disparition du syndrome hébéphrénocatatonique chez trois sujets : après l'apparition d'une coxalgie chez un malade dont les troubles mentaux apparurent au cours d'une typhobacillose ; après un abcès du poumon chez un malade dont les troubles mentaux apparurent au cours d'une grippe ; après un abcès du poumon chez un médecin qui put reprendre sa clientèle au bout de trois ans d'interruption pour troubles mentaux.

M. FRIBOURG-BLANC. — Tous les individus n'ont pas la même réaction aux mêmes traitements. J'ai vu un paralytique général n'avoir aucun accès de fièvre bien qu'impaludé, et même réimpaludé avec des souches qui produisaient de grosses élévations thermiques chez les autres paralytiques généraux de la même série. J'ai observé le même phénomène avec les ondes courtes.

M. DUBLINEAU. — L'étude de la réaction de Verne à la résorcine, au cours du traitement par la sulfosine et la chrysothérapie, fournit des indications sur le pronostic. Nous l'avons pratiquée avec le Professeur Claude. Et nous estimons qu'il y a lieu de tenir une courbe des variations de cette réaction pour préjuger de l'effet de la thérapeutique sur le malade.

Peut-on préciser les indications de la sulfochrysothérapie dans les états a type schizophrénique ? par M. J. DUBLINEAU.

La question des rapports de la démence précoce et de la tuberculose avait orienté nos premiers essais thérapeutiques à la Clinique de Sainte-Anne (1). Depuis, deux ordres de faits paraissent s'être dégagés, qu'il n'est pas inutile de rappeler, à savoir :

1° Que toutes les démences précoces ne sont pas en rapport avec un terrain bacillaire, — loin de là, — et que, de plus, des facteurs possibles sont souvent intriqués, sans préjudice du terrain dégénératif ou vésanique retrouvé dans un très grand nombre de cas.

(1) CLAUDE (H.), EY (H.) et DUBLINEAU (J.). — *I^{er} Congrès français de Thérapeutique*, Paris, Doin, 1933.

2° Que les résultats obtenus avant le traitement sulfosine-sels d'or ont été les plus favorables dans les cas à terrain bacillaire net (1).

Sur 13 rémissions, 8 concernaient des malades ayant des antécédents tuberculeux personnels ou tuberculeux collatéraux rapprochés (mais surtout personnels), sur 7 rémissions temporaires ou transitoires, 2 sujets seulement avaient de tels antécédents. Encore s'agissait-il plutôt d'antécédents indirects, intéressant les proches plus que les intéressées elles-mêmes. Sur 14 échecs, on trouvait 6 sujets à antécédents tuberculeux, mais, dans ces cas, il s'agissait soit d'antécédents indirects, soit de cas à terrain mixte (syphilis, etc.), sans compter que ces échecs concernaient des cas anciens, ou à type paranoïde, ou évoluant chez des sujets d'un certain âge, toutes conditions, nous l'avons montré, éminemment défavorables.

Ces conclusions ont été confirmées par une statistique récente de la Clinique Neuro-Psychiatrique de Lyon (2), portant sur 28 malades. « C'est, écrivent les auteurs, parmi les cas qui se sont améliorés ou qui ont été guéris que l'on trouve, le plus souvent, des antécédents tuberculeux. »

Voici quelques observations complémentaires intéressantes à ce point de vue :

OBS. 1. — H. entre le 5 juin 1934, à 23 ans.

A. H. — Mère morte d'une grippe (?) après accouchement.

Père bien portant, remarié.

Aîné d'une famille de 5 enfants, dont l'un est mort accidentellement à 57 ans.

Intelligence réelle, semble-t-il, dans les premières années. Boursier d'Etat. Prix d'excellence au lycée. Mais, étant en 3^e, abandonne. A 15 ans 1/2, reçoit en jouant au foot-ball un coup aux bourses, suivi de perte de connaissance. Fait à cette époque un accès d'excitation ; 6 mois interné à Esquermes, sort 8 jours, rentre pour un an à Lommelet. A 20 ans, s'engage pour 3 ans. Est nommé caporal. Mais insomnies fréquentes, arrogances, troubles du caractère. Nombreuses peines disciplinaires, est finalement cassé de son grade (septembre 1933). Depuis, aggravation de l'état mental. Agitation, incohérence de langage.

En décembre 1933, soit quelques semaines avant l'entrée, amaigrissement de plusieurs kilogs avec pleurite du sommet gauche.

A l'entrée : syndrome maniaque, « excitation intellectuelle, aisant-

(1) CLAUDE (H.) et DUBLINEAU (J.). — *Ann. Médico-Psychol.*, avril 1935.

(2) BRUNERIE (A.) et COCHE (R.). — *J. de Méd. Lyon*, n° 395, p. 445.

ce, associations d'idées par assonances, rires, irritabilité, excitation motrice. Au dehors, actes désordonnés ». (Dr Briche).

Par la suite, persistance de l'excitation avec fuite des idées, déambulation persistante. Isolé pendant des mois entiers. Puis, petites périodes de calme entrecoupées de retour à une excitation prolongée. En mars 1935, l'excitation se modifie, prend un type impulsif, durant les phases de calme, le sujet est absent, bizarre, le regard reste brillant.

Traité à ce moment : 10 injections d'huile soufrée. 10 injections de sels d'or (oléochrysine), 0 gr. 95.

En juin, période de calme relatif. Nouvel accès d'excitation en août. C'est d'ailleurs le dernier. Le sujet, dans les mois qui suivent, commence à travailler dans le Pavillon, puis dans l'Asile. En juin 1936, série d'entretien de sels d'or. Actuellement (18 mois après le dernier accès d'excitation) le sujet est calme, en état de sortir.

OBS. 2. — R., 27 ans, entre le 8 avril 1936.

A. H. — Parents bien portants. Père déséquilibré, revendicateur et paranoïaque. Une tante paternelle morte de congestion pulmonaire. 3 frères et sœurs bien portants. Instruction primaire. Service militaire au Maroc de 1930 à 1932. Pas de paludisme. Rengagé, mais réformé à cette date pour hémoptysie (100 %).

Pendant 3 ans, reste chez lui, à se soigner. L'état général s'améliore rapidement (n'a jamais eu de B. K. dans les crachats). Taciturnité habituelle avec inquiétude.

H. M. — Début autour de 1935 par troubles du caractère coïncidant avec une réduction de sa pension de 10 %. Bizarreries. Discussions familiales. En décembre, quitte sa maison. Errance. Vit en hôtel, ne faisant rien. Puis vagabondage. Au début de 1936, rentre chez lui ; mais s'excite. Bris de mobilier, cris, etc. Quitte à nouveau la maison et se fait arrêter finalement pour scandale sur la voie publique (vol, bris de vitrine, etc.).

A l'entrée, est plus calme. Mais l'examen du liquide céphalo-rachidien donne la formule suivante: alb. 0,56; benjoin: 00002.22222.20000. Pandy et Weichbrodt +. Leuco. : 0,6. Bordet-Wassermann négatif.

Mis en traitement, s'améliore rapidement.

Sulfosine : 6 injections seulement du 24 avril au 27 mai 1936 et oléochrysine (0,85) du 28 avril au 25 juin. Moruhate d'éthyle du 6 au 30 juin.

Sorti prématurément en juillet sur les instances très pressantes de sa famille, rentre en septembre en état de subconfusion. Quelques données atypiques : l'albumine est encore à 0,40 dans le liquide céphalo-rachidien. 2^e série conduite avec prudence, l'état général étant suspect. On arrête après la 3^e injection d'huile soufrée, tout en continuant les sels d'or (0,95) ; 15 injections de moruhate d'éthyle. Par la suite, l'état général s'améliore. La mimique et les propos redevennent adaptés. La sortie sera proposée prochainement.

OBS. 3. — L., 37 ans. Rien d'anormal dans les antécédents personnels et collatéraux. A vécu comme domestique agricole, puis garçon pâtissier. Marié à 27 ans. Divorcé presque aussitôt. Remariage. Les deux femmes ont eu plusieurs fausses couches. Une fille de 3 ans. Traité jadis pour tuberculose pulmonaire (hémoptysie). Taciturnité. Morosité habituelle.

Début progressif par troubles du caractère, idées d'empoisonnement, syndrome d'influence. Premier internement en janvier 1935, pendant quelques semaines. Persistance ultérieure des accès d'excitation, puis apragmatisme progressif, asthénie, nécessitant son réinternement.

A l'entrée, mutisme hallucinatoire. Refus d'aliments. Mis au traitement sur la notion d'une tuberculose antérieure, sulfosine : 10 injections du 3 août au 17 septembre 1936 et oléochrysine (0,95).

En octobre, commence à s'occuper. Dans les semaines qui suivent, l'état général s'améliore. Le mutisme persiste en présence du médecin, mais le malade parle normalement dans la salle.

Remis en traitement, il s'améliore encore, répond au médecin (sulfosine du 2 décembre 1936 au 18 janvier 1937 ; oléochrysine : 0,95). Moréthyl depuis le 15 février.

On ne saurait parler chez lui que d'une amélioration, mais celle-ci est manifeste.

Voilà trois cas d'ancienneté et de types variables avec terrain bacillaire et qui, plus ou moins, réagissent au traitement. Il nous a semblé intéressant de les réunir, car ils montrent que lorsqu'une notion de terrain bacillaire paraît se dégager, l'on peut obtenir des améliorations intéressantes, en dehors même des conditions sur lesquelles tout le monde est d'accord (précocité du traitement, sujets jeunes, formes non paranoïdes, etc.). Cette notion est encore trop fragile pour qu'il lui soit accordé une valeur restrictive en pratique. C'est cependant dans cette voie limitative qu'il convient de s'engager, tous les états schizophréniques ou psychoses atypiques de l'adolescence ne relevant certainement pas du même traitement.

M. FRIBOURG-BLANC. — J'ai employé la méthode chez un dément précoce qui, il est vrai, n'avait pas d'antécédent bacillaire. Elle a échoué.

M. RONDEPIERRE. — J'ai observé, un mois après l'éclosion secondaire d'un syndrome hébéphrénocatatonique, une institutrice dont deux tantes maternelles étaient mortes, à l'âge de 25 ans, de granulie tuberculeuse. Je l'ai traitée par la sulfosine et les sels d'or, selon la méthode de M. Claude et Dublineau. Le résultat parut remarquable puisque l'institutrice reprenait son

métier au bout de quelques mois. Mais je viens d'apprendre qu'elle est l'héroïne d'une aventure érotomaniacale qui a nécessité son déplacement, et je tiendrai la Société au courant de son évolution, s'il y a lieu.

Feuille d'examen physique,
par MM. Th. SIMON et M. ROUGEAN.

La feuille d'examen physique que nous présentons aujourd'hui est conçue sur le plan d'un examen clinique.

Elle se compose de plusieurs parties : examen général, examen de la face, puis des yeux, enfin examen du malade nu.

Cette feuille, étant rédigée en vue de l'examen d'un malade mental, nous avons consacré plus de développement à la séméiologie nerveuse et nous n'avons fait figurer qu'en dernier ce qui concerne les autres organes : troubles fonctionnels et signes physiques.

Une feuille consacrée à la recherche de quelques anamnétiques et au report d'examens de laboratoire complète la première feuille dont nous venons de parler.

Cette feuille d'examen physique peut, croyons-nous, rendre des services en évitant de gros oublis dans la prise d'une observation et en permettant un relevé ordonné des signes recueillis au hasard d'un examen autrement conduit.

La marche logique que nous avons suivie permet toutefois de retenir aisément la composition de ce papier et facilite, par suite, un examen méthodique.

Examen physique

(D^r Th. Simon et M. Rougean)

Température :

Taille :

Poids :

TÊTE

1. *Crâne.* Volume : hydrocéphalie,
microcéphalie.
Déformations.
Cicatrices, trépanations.

Tremblement général de la tête.
Déviation (à dr. ou à g.).
Torticolis.

2. *Visage.* Contusions, plaies. Maigreur
œdèmes
Facies mongolien, rides.
myxoœdémateux,

Facies inerte ou mobile,
figé.

Trémulations fibrillaires.

- | | | |
|-----------------------------|-------------------------------|--|
| adénoïdien, | Pâleur | Tics, |
| acromégalique. | congestion | mâchonnements. |
| Nez en lorgnette. | varicosités. | Rire ou pleurer spasmodique. |
| Asymétrie. | Temporales saillantes | Sialorrhée. |
| Angiomes. | battantes. | — |
| lupus, érysipèle, | | |
| parotidite, | | Signe de Chvostek. |
| etc. | | |
| Système pileux : | Sourcils, | Canitie. |
| trop ou insuffi- | barbe. | |
| samment déve- | moustache, | Parasites. |
| loppé. | | |
| 3. Oreilles. | Acuité auditive. | Mastoïdites. |
| Oreille dr. | | Ecoulements. |
| Oreille g. | | |
| | | Oreilles décollées, mal ourlées. |
| | | Othématomes. |
| 4. Cou. | Ganglions cervicaux, sous- | |
| | maxillaires, sous-occipitaux, | |
| | etc. | |
| | Sillon, etc. | |
| | Goitre. | |
| 5. Bouche. | Lèvres décolorées, | cyano-Abaissement de la commissure labiale |
| sées. | | dr. ou g. |
| Herpès. | | Ouverture de la bouche : |
| Gencives | | déviations oblique ovulaire, |
| et muqueuse des joues (leu- | | tremblement des lèvres. |
| coplasie). | | Souffler, siffler. |
| 6. Langue. | Sèche, saburrale, | Déviée à dr. ou à g. |
| scrotale. | | |
| | | Tremblement, |
| | Morsures marginales. | trombone. |
| | Empreintes dentaires. | |
| | Glossite décapillante. | |
| 7. Dents. | | 8. Voix. |
| | | Cassée, |
| | | rauque, |
| | | enrouée, |
| | | empâtée, etc. |
| | | Parole : lente, hésitante, |
| | | avec achoppements, accrocs. |
| | | explosive... scandée. |
| | | Bégaiement. |

YEUX

- | | | |
|---------------|--------------------------|--------------------|
| Paupières | Ectropion, blépharite. | Ptosis. |
| et | Conjonctivite. | Réflexe palpébral. |
| conjonctives. | Conjonctives décolorées, | |

	ictériques ou subictériques.	
	Ecchymose sous-conjonctivale.	
Cornée.	Taies, ulcérations.	
	Arc ou cercle sénile.	
Cristallin.	Cataracte.	
Pupilles.	Inégales (dr. g.).	
	Déformées.	Réflexes à la distance,
	Myosis ou mydriase.	à la lumière.
		Réflexe consensuel :
		Eclairage
		œil droit dr. g.
		œil gauche dr. g.
		Œil dr. Œil g.
Globe oculaire.	Rétraction ou exophthalmie.	Mobilité latérale gauche
		latérale droite
	Strabisme.	de haut en bas
		Nystagmus.
Acuité visuelle :	Dr. G.	
Champ visuel.	Rétrécissement concentrique.	
(au doigt)	Scotome central.	
	Hémianopsie latérale homonyme dr. g.	
	latérale hétéronyme bitemporale,	
	binasale.	
	horizontale inférieure,	
	supérieure.	
T. + N + T		
	Dr. G.	
Diplopie (au crayon).		

MALADE NU

Déshabillage impossible sans aide,	maladroit.
Station debout impossible, ou possible	seulement avec soutien.
Maigreur, obésité.	Robustesse, ptoses.
	Attitude Cyphose, ensellure...
Pilosité (poitrine et membres).	générale Spasme de torsion.
Tatouages.	Raideur.
Psoriasis.	Mouvements choréiformes.

TRONC

Peau : Grasse, sèche. — Pigmentée. —
Eruptions (Acné, etc.). — Lésions de grattage.

De face

Thorax plat ou épais.
Déformations rachitiques.

De dos

Scolioses et autres déformations de la
colonne vertébrale.

Mal de Pott.

Atrophies.

Interventions opératoires (Empyème,

Contusions et plaies (région précor- reins, etc.).
diale).Interventions opératoires (Appendicé- Escarres.
tomie, laparotomie, etc.).Sensibilité : Superficielle
et profonde (testicules).

Raie rouge. Dr. G.

Réflexe abdominal (sup., moy., inf.).
crémastérien.

MEMBRES SUPÉRIEURS (dr., g. ou les 2)

Contusions (bras), plaies (poignet), Spasmes, myoclonies.
cicatrices opératoires.

Attitude :

Force : bras,
avant-bras,
mains.

Fractures, entorses, ankyloses...

Atrophies musculaires : épaule,
bras,
avant-bras,
mains.*Tremblement* : au repos, Amplitude.
mains étendues. Rythme.
intentionnel (prise d'un objet).*Incoordination* : doigt sur nez.*Diadococinésie* : marionnettes.Troubles trophiques et vasomoteurs :
acrocyanose,
moiteur des mains.

G. Dr.

Réflexes : stylo-radial.
cubito-pronateur.
tricipital.*Sensibilité* :superficielle : piquûre,
profonde : pression,
sens des attitudes,
stéréognosie.

MEMBRES INFÉRIEURS (dr., g. ou les 2)

Contusions et cicatrices opératoires. Spasmes, myoclonies.

Attitude :

Force : cuisse (extens., flex., ab. et ad.)
jambe,
pied.Entorses, fractures, ankyloses, arthro-
pathies, etc.*Marche* : claudication,
à petits pas,
en fauchant,
en steppant,
ataxique,Atrophies musculaires : cuisse,
jambe (mol-
lets).

- Troubles circulatoires, trophiques, va-
 somoteurs,
 acrocyanose,
 œdème,
 varices,
 maux perforants.
- Antéropulsion.
- Romberg.
- Manœuvre de Fournier : halte,
 1/2 tour.
- Saut sur un pied.
- Sensibilité :
 superficielle : piqure.
 profonde : pression des mollets.
- G. Dr.
- Réflexes : rotulien.
 achilléen.
 cutané plantaire.
- Raideur de la nuque.
- Kernig.
- Attitudes stéréotypées.
- Passivité ou opposition.
- Conservation des attitudes.
- Défense maladroite.

AUTRES ORGANES

- I. Poumons et plèvre :
 dyspnée,
 toux et expectoration,
 hémoptysies.
- Emphysème,
 tuberculose,
 bronchite aiguë,
 etc.
- II. Cœur :
 essoufflement,
 palpitations.
- Souffle... clangor aortique.
 éréthysme,
 arythmie.
- II bis. Circulation périphérique.
- Petit ou ample.
 Pouls Régulier ou arythmique.
 Nombre de pulsations.
 Artères en tuyaux de pipe, etc.
 Pression artérielle.
- III. Organes abdominaux :
 appétit,
 déglutition,
 digestion,
 douleurs (creux épigastrique),
 vomissements,
 pituites,
 hématémèses.
 Constipation, diarrhée,
 méléna,
 gâtisme.
 Coliques hépatiques.
- Météorisme.
 Ascite.
- Douleur appendiculaire.
 Hernies.
 Foie et vésicule : volume,
 douleur.

IV. Reins :

Fréquence des mictions.	Incontinence,
Coliques néphrétiques.	rétenction.

V. Organes génitaux :

Impuissance. Hydrocèle, fistules, etc.

 Cicatrice de chancre.

Menstruation Age d'installation.

 Régularité. Grossesse.

 Ménopause. Lactation.

Nomenclature neurologique sommaire

Hydrocéphalie, microcéphalie.	Encéphalite. Parkinson.
Encéphalopathie infantile.	Artériosclérose.
Little, Friedriech...	Ramollissement, hémorragie cérébrale.
Paralyisie infantile.	Syndrome pseudo-bulbaire.
Dysmorphie dégénérative.	Tumeurs cérébrales, etc.
tératologique.	Hémorragies méningées.
Syphilis héréditaire.	Lésion circonscrite : aphasie.
Myxœdème, mongolisme.	monoplégie,
Syndrome adiposo-génital.	hémip légie,
Acromégalie.	paraplégie,
	paralysie faciale.
Goitre exophtalmique.	
Epilepsie.	Syndrome cérébelleux,
Alcoolisme.	protubérantiel,
Paralyisie générale.	pédonculaire.
Tabes.	Polynévrite : membres sup.,
Chorée.	membres inf.
Sclérose en plaques.	Griffes radiales, etc.
	Myopathies.

ANAMNÈSE

I. Quelles *maladies* avez-vous eues ?

1. Maladies infectieuses.

Rhumatisme.

Grippe, etc.

2. Poumons.

Cœur.

Appareil digestif.

Foie.

Reins.

3. Maladies vénériennes,

Syphilis (traitée ou non).

etc...

Degré
de

gravité.

Complications
cérébrales ?

II. *Pertes de connaissance*, chute, morsure de la langue, incontinence,

troubles intellectuels consécutifs;
comment connus, comment traités.

Début à quel âge.

III. *Ictus*. Poussées congestives, maux de tête, étourdissements.

Paralysies passagères.

(Perte passagère de la parole).

IV. *Habitudes de boisson*.

EXAMENS DE LABORATOIRE

1. *Liquide céphalo-rachidien* : Le
 - Tension
 - Albumine
 - Lymphocytes
 - Benjoin
 - Wassermann
 - Hyperglucorrhagie ..
2. *Sang*. Bordet-Wassermann Le
 - Urée
 - Sucre
 - Polypeptides, etc.
 - Numération globulaire
 - Hémoculture
3. *Urines*. Albumine Le
 - Sang
 - Pigments et sels
 - Sucre
 - etc.
4. *Crachats*. Bacilles de Koch, etc. ... Le
5. *Matières fécales*. Sang
 - Parasites
6. *Métabolisme basal* Le

EXAMENS DE SPÉCIALISTES

1. *Chirurgie*. Le
2. *Radiologie*. Le
3. *Ophtalmologie*. Le
4. *Oto-rhino-laryngologie*. Le
5. *Dentiste, etc.* Le

La psychose périodique chez l'enfant. Formes pures et formes associées à la chorée et aux syndromes infundibulo-hypophysaires, par M. H. BARUK et Mlle Y. GEVAUDAN.

La périodicité est une loi très générale dans toutes les affections du système nerveux. Il est fréquent d'observer ce caractère rythmique, circulaire dans les maladies les plus variées.

Déjà, en 1838, Esquirol (1) avait noté que « l'intermittence est plus fréquente dans la manie que dans les autres folies ». Griesinger (2), qui avait observé que la transformation de mélancolie en manie et inversement sont des phénomènes ordinaires, a parlé le premier de forme circulaire.

Puis Falret (3) étudie cette forme circulaire des maladies mentales dans un article publié en 1851 dans la *Gazette des Hôpitaux*. Baillarger (4) insiste ensuite sur la succession de cycles à forme opposée et décrit la « Folie à double forme ».

Ultérieurement, Kræpelin a systématisé ces notions précédentes dans sa conception de la psychose maniaque dépressive qui a eu un grand retentissement et qui a largement répandu la connaissance de cette psychose à doubles aspects antagonistes : maniaque et mélancolique. La psychose périodique a donc été surtout décrite chez l'adulte : en effet, c'est souvent après la puberté que commencent à apparaître les premiers accès périodiques. Par contre, chez l'enfant, elle a été très rarement notée. Les auteurs classiques montrent que, dans l'enfance, on voit souvent la préparation de ces psychoses. C'est ainsi que Kræpelin écrit dans son traité (5) :

« De temps en temps, on rencontre (pendant la période de l'enfance) des manifestations portant sur l'humeur et d'excitation légère, durable ou instable, traduisant les premiers signes de l'évolution de la psychose maniaque dépressive. »

Mais l'existence et la description de la psychose de l'enfant ont été encore peu étudiées.

Cependant, Esquirol a rapporté quelques cas de manie ou de mélancolie chez l'enfant (6) :

(1) ESQUIROL. — *Des maladies mentales* (1838), Tome II, p. 170.

(2) GRIESINGER. — *Maladies Mentales* (1845), p. 275.

(3) FALRET. — Forme circulaire des maladies mentales. *Gazette des Hôpitaux* (1851), cité in Baillarger.

(4) BAILLAGER. — *Maladies mentales*, Tome I, p. 675.

(5) KRÆPELIN. — *Psychiatrie*, 1^{er} volume, p. 144 (Chapitre Lebensalter).

(6) ESQUIROL. — *Des maladies mentales*, Tome I, p. 30-31.

« En 1814, je donnais des soins à un enfant âgé de 8 ans, d'une figure agréable, doué de facultés intellectuelles ordinaires, qui fut très effrayé par sa gouvernante lors du siège de Paris. Cet enfant parlait souvent juste ; rien ne pouvait le fixer : il s'échappa plusieurs fois d'auprès de sa mère et de sa gouvernante, et s'égara dans Paris. Il descendait dans la cour de l'hôtel pour ordonner qu'on mit les chevaux, prétendant être le maître. Il assurait avoir gagné une grosse somme à la loterie. Allait-il chez un marchand, ou passait-il devant un magasin, il se précipitait sur l'argent que sa mère ou les chalands donnaient en paiement : souvent, il injurait, provoquait, frappait les personnes qu'il rencontrait, surtout celles qui allaient chez sa mère. Il dormait aussitôt qu'il s'asseyait ; il mettait tout en désordre dès qu'il était debout, et faisait beaucoup de bruit. Il maltraitait sa maman, et ne voulait rien faire de ce qu'elle lui ordonnait. »

« Un enfant de neuf ans, échappé à une fièvre ataxique, devint maniaque ; il était méchant, injurait son père, ses sœurs, frappait tout le monde, pleurait souvent, ne voulait point manger, ne dormait pas, faisait du bruit : il était très maigre et avait le dévoiement. Il me fut confié le 13 août 1814, vers le huitième jour de sa nouvelle maladie : on le laissa se livrer à toute ses divagations ; on le portait au grand air pendant toute la journée ; on lui prescrivit le quinquina, un régime tonique, et en deux mois, il fut rétabli. »

« En décembre 1815, je fus consulté pour un enfant doué d'une intelligence précoce, âgé de 11 ans, ayant la tête volumineuse, très appliqué pour son âge : il était mélancolique, avec des hallucinations du goût et de la vue, et était tombé dans le marasme. Il refusait souvent à manger, ne voulant aucun aliment, dès qu'il avait vu ou cru voir de la fumée. Il avait pris un ton de commandement et de l'autorité sur ses parents. L'isolement a commencé par diminuer sa répugnance pour les aliments, sans changer le délire. »

Beaucoup plus tard, Ritti (1) a rapporté incidemment plusieurs observations, en particulier un cas de folie à double forme à type périodique, qui a débuté à l'âge de 12 ans (observation XXIII).

Depuis plusieurs années, nous avons été frappés de l'intérêt de la psychose périodique en pathologie infantile. L'un de nous a déjà étudié cette question, notamment dans une leçon faite à l'Hôpital Trousseau, dans le service du D^r Lesné, en juin 1936.

Tout récemment, M. Ach. Delmas vient de présenter un cas de

(1) RITTI. — *Traité de la folie à double forme*, p. 133.

cyclothymie infantile à la Société médico-psychologique (1) et cette question a fait l'objet d'une discussion dans laquelle M. Courbon et M. René Charpentier ont confirmé l'opinion de M. Ach. Delmas sur l'existence, relativement fréquente, d'une cyclothymie infantile. Nous avons donc pensé qu'il y avait lieu de publier, dans le présent travail, nos recherches sur ce sujet.

Chez l'enfant, la psychose périodique peut revêtir des formes assez particulières. Comme chez l'adulte, on peut voir les formes : maniaque, dépressive et à double forme.

FORME DÉPRESSIVE. — La *forme dépressive* qui, chez l'adulte, s'accompagne de ralentissement psychique et de douleur morale (anxiété), est assez différente chez l'enfant : bien souvent, il n'y a pas de douleur morale, le petit malade présente plutôt un état d'apathie et pourrait ressembler, à première vue, plus à un arriéré ou à un débile qu'à un mélancolique. En voici un exemple :

OBSERVATION I. — Mlle Bi..., 16 ans, a présenté en mars 1927, à la suite de soucis et de chagrins, un état mélancolique simulant un début de démence précoce.

Antécédents héréditaires : père et mère nerveux, mais bien portants. Père atteint d'un léger bégaiement.

Antécédents personnels : née à terme. Pas de convulsions dans l'enfance.

À 3 ans, elle aurait eu, au cours de manifestations fébriles et pulmonaires, une crise nerveuse (yeux et face révoltés). Depuis, rien d'anormal. Enfance normale.

Elle apprend bien en classe et passe son brevet. Depuis son départ de l'école : gros conflit affectif qui a provoqué un grand bouleversement (elle aimait son cousin et lui refuse de se marier).

Apparaît alors un état de fatigue et de dépression, elle dit par moment qu'elle va mourir, pleure. Préoccupations hypocondriaques.

Algies multiples surtout abdominales.

Troubles respiratoires (oppression, sensation de boule). Insomnie.

Masturbation qui inquiète beaucoup la famille.

Inaptitude au travail depuis 2 mois.

Examen somatique négatif.

Réglée depuis 2 ans, mais depuis 2 mois règles irrégulières.

Le 31 mars 1927, elle présente le même état : aspect apathique. Préoccupations hypocondriaques portant sur le ventre surtout (poids du ventre), les reins, les seins, la tête (céphalée en casque), malaises, sueurs. Elle pense tout le temps à son état, et dit qu'elle va mourir. Il faut sans cesse la stimuler. Pas d'initiative.

(1) A. DELMAS. — Cyclothymie infantile. *Ann. Méd.-Psych.*, janvier 1937, p. 71.

Cependant elle exécute correctement ce qu'on lui dit de faire, écrit sous la dictée. Son faciès reste apathique, un peu endormi. Pas d'élan ni de spontanéité. Elle parle très peu, il faut lui arracher chaque parole.

L'examen physique ne révèle aucun signe apparent de grossesse (abdomen et seins normaux).

Après un traitement par les Endocrisines Fournier, puis l'Agomen-sine, on constate une amélioration progressive.

En *juin*, la malade va très bien, elle a repris son activité, les préoccupations hypocondriaques ont disparu. Le faciès est transformé, plus vivant.

Rien à l'examen somatique, aucun signe de grossesse, mais les règles n'ont pas reparu depuis 5 mois.

En *octobre*, elle est complètement guérie. Elle a repris un aspect normal : elle est gaie, active, s'occupe de comptabilité, a des camarades, etc...

Les règles ont reparu en juin et sont normales depuis cette époque.

FORME HYPOMANIAQUE. — La *forme hypomaniaque* peut apparaître parfois très tôt : ce qui frappa souvent chez ces jeunes enfants, c'est leur précocité remarquable à tous points de vue ; on peut voir, en pareil cas, un développement physique et rapide ; les processus intellectuels sont très vifs, on note à la fois une effervescence psychique et affective et une hyperactivité productrice. Cette hyperactivité permet de différencier cette affection de l'instabilité de certains arriérés ou de malades atteints d'encéphalopathies de l'enfance. Alors que le maniaque a une activité véritable, cohérente, productrice, les instables, dont nous venons de parler, présentent des décharges motrices désordonnées sans véritable activité psychique.

Voici deux cas qui montrent le début précoce de l'affection :

OBSERVATION II. — Enfant C..., âgé de 4 ans 1/2. Il a été examiné en 1930 pour des convulsions. A cette époque, il présentait depuis 15 jours des crises subintrantes de convulsions généralisées, avec un véritable état de mal durant plusieurs heures. On n'arrive à faire cesser les crises qu'avec du chloroforme.

A l'examen, l'enfant se présente en état de grande agitation : il saute, danse de façon rythmée en marquant le rythme avec ses mains, le faciès souriant très euphorique. Puis il saute à terre, se roule, se relève, attitude théâtrale, les bras écartés à angle droit, en eroix, saute de nouveau, se recouche sur le ventre, se tortille en tous sens, se relève, se met à courir en rond sur le tapis. Par moments, brusquement nous dit sa mère, il présente des accès de rire bruyants et prolongés ou de pleurs sans motifs apparents.

Au point de vue psychique, cet enfant a l'aspect très éveillé, comprend et répond bien aux questions qu'on lui pose : il dit son nom, son âge, désigne les parties du corps par leur nom. Niveau intellectuel bon.

L'examen physique révèle une hydrocéphalie très nette avec crâne épais, ossification des fontanelles. Contraste entre les dimensions du crâne et de la face.

Examen neurologique négatif (réflexes normaux. Réflexe plantaire en flexion).

Rien au cœur, ni au poumon.

Il a été traité par le gardénal et le sulfare.

Antécédents : né à terme (forceps en raison d'une très grosse tête). Il a été précoce : première dent à 4 mois, commence à parler à 12 mois, marche à 13 mois. Aucun antécédent convulsif antérieurement. L'enfant a toujours été vif et éveillé, mais instabilité et turbulence toujours extrêmes.

En résumé, chez cet enfant hydrocéphale, sont apparues depuis quelques jours des crises de convulsion généralisée accompagnées d'un état maniaque avec gesticulation.

OBSERVATION III. — Jacques R..., âgé de 5 ans 1/2, présente des périodes d'excitation hypomaniaque survenant environ tous les deux mois et durant trois semaines.

Le début des troubles remonte à l'âge de 2 ans 1/2. Ces périodes surviennent plutôt l'été que l'hiver. L'enfant devient très pâle, se roule par terre en s'étirant. Il n'a plus d'appétit. Il urine clair « blanc comme du lait » surtout au début de la période. Il n'a jamais eu de convulsions.

Antécédents personnels : naissance normale.

La parole, la dentition, la marche ont été normales. Il a toujours été très éveillé, très remuant. Esprit très vif. Grande instabilité motrice. Parle avec aisance et ne cesse de poser des questions, remarque tout, retient bien et longtemps. Mais difficulté de fixer son attention. Maux de tête.

Il serait très méchant d'après ses parents : il griffe et mord sa mère, un jour il a fait du mal à un autre enfant, martyrise les animaux.

Il est taquin à l'extrême.

L'enfant est cependant très affectueux vis-à-vis de sa mère.

Antécédents familiaux : le père et la mère sont cousins germains. Père très nerveux. Grand-père nerveux, mais pas d'accès périodiques.

Examen neurologique : négatif.

Des exemples analogues se retrouvent dans nos observations n° VII et VIII exposées plus loin.

FORME MANIAQUE DÉPRESSIVE (*psychose à double forme*). — La *forme circulaire* ne présente pas de caractères particuliers

chez l'enfant : on note souvent la grande régularité du rythme des accès successifs. Voici quelques exemples :

OBSERVATION IV. — Raoul L..., âgé de 14 ans 1/2, a été vu pour la première fois en août 1931. Depuis deux ans environ, il présente d'une façon nette une tendance à la cyclothymie.

Au point de vue héréditaire, on doit surtout noter chez sa mère une cyclothymie nette : pendant des années, elle a présenté une succession régulière de périodes d'excitation (avec hyperactivité extrême) et de périodes de dépression. Chaque période durait 6 mois.

La mère est morte en 1920, au cours d'une indisposition banale compliquée d'albuminurie, elle fait une crise brusque, pousse un cri, se raidit, perd connaissance, reste dans le coma pendant 5 jours et meurt.

Une tante de la mère, cyclothymique aussi, a été internée à St-Yon.

Les frères du malade : l'aîné, âgé de 20 ans, bien portant ; un autre frère mort-né en 1915.

Antécédents personnels : né à 8 mois.

Pas de convulsions.

On remarquait seulement qu'il était d'une « sagesse » extraordinaire, d'un calme excessif, et très docile.

Pas de retard de la parole et de la marche.

Va à l'école à 7 ans et apprend difficilement. A 11 ans il savait à peine lire, on le considérait alors comme paresseux. Après l'école, il a été au collège où il est encore, mais il ne travaille pas et ne peut pas suivre la classe.

C'est depuis deux ans que sont apparues les tendances cyclothymiques ; déjà quelque temps avant on s'était bien aperçu de quelques bizarreries, mais il a eu alors une *première période d'excitation* nette. Au cours de cette période, il sort du collège, commande une magnifique bicyclette, « mon père paiera » dit-il. Il achète de nombreux objets, bravant tout et ne craignant plus personne. Au bout de trois semaines, tout rentre peu à peu dans l'ordre.

Depuis lors, alternatives régulières de trois semaines d'excitation et de dépression.

1) *les périodes d'excitation* : il ne tient plus en place, son regard change, il a une expression bizarre. Mange beaucoup. Parle énormément, très gai. Fait des achats inconsidérés. En outre, il commet des actes délictueux, des « vices », disent ses parents : il a essayé de mettre le feu dans sa chambre, fait des vols (à sa grand'mère, à ses camarades), dit des mensonges, etc...

Excitation génitale (fait des propositions obscènes à la bonne du curé).

La fin de la période d'excitation est progressive.

2) *les périodes intercalaires* : elles sont très courtes, durent quelques jours seulement : « il ne reste jamais sur une ligne droite ». Pendant ce temps il est à peu près bien.

3) *les périodes de dépression* : l'enfant devient très triste, incapable de faire quoi que ce soit, il est comme une « loque ».

Il a la crainte de mourir, veut parfois sauter par la fenêtre. Il se plaint d'éblouissements, de picotements du cœur, il a l'impression qu'il va perdre connaissance. Céphalée. Mutisme pendant de longs moments. Il est en outre d'une docilité extrême.

Au point de vue physique, il a eu plusieurs angines et la diphtérie. Développement physique rapide depuis deux ans.

Examen : il est alors dans une période intermédiaire. Bien développé, assez musclé.

Pas de développements des caractères sexuels secondaires : organes génitaux petits, pas de poils aux aisselles et au pubis. Cependant troubles sexuels (érotiques).

Examen neurologique négatif.

Traitement : gardénal.

Le malade est revu en août 1932 : depuis 1 an il va mieux. Mais il a eu au mois de septembre précédent une forte dépression, suivie d'une période d'excitation légère (quelques gamineries, des farces), mais moins marquée que les précédentes.

En janvier, une très légère dépression pendant quinze jours. Nouvelle dépression en avril.

Il prend régulièrement le gardénal et stérogyl.

En septembre 1932, une autre période de légère dépression. Il travaille et apprend mieux.

On note un développement important des caractères sexuels secondaires.

Jusqu'en janvier 1933, il est normal dans l'ensemble, mais a toujours de petits moments d'abattement (il perd alors toute initiative, parle très peu, il faut le guider et tout lui dire, mais il travaille manuellement).

Par la suite, la mémoire paraît meilleure, fixe mieux son attention, mais reste très fatigable. Bon appétit, bon sommeil.

OBSERVATION V. — Mlle Bon..., 20 ans : présente surtout depuis 3 ans un état d'instabilité de l'humeur caractérisé par des alternatives de périodes d'excitation et d'« atonie », suivant l'expression de sa famille. Une crise assez forte d'excitation maniaque a même nécessité un séjour à la maison de santé de la Malmaison. La malade avait été vue à ce moment par Lhermitte.

En général, les crises sont fréquentes bien qu'atténuées, et sont suivies de périodes de rémission complète.

Actuellement, la malade est en état d'excitation hypomaniaque : elle est gaie, euphorique, le faciès vif, enjoué, objectif. On note des éléments de jeu, des sourires et rires concordants mais bruyants.

Instabilité motrice très marquée.

Il faut noter dans le comportement de cette malade surtout un défaut d'inhibition volontaire, de « contrôle de soi-même », suivant

l'expression de sa mère, ce qui contraste avec son caractère antérieur et sa parfaite éducation.

Par exemple, alors que l'interrogatoire l'ennuie, elle part en claquant la porte. Elle est incapable de maîtriser ses désirs. Un jour, elle part également brusquement au cours d'un examen pour aller à une réunion qui l'intéresse, au mépris des convenances. Avec sa famille, elle est très exigeante, aussitôt qu'un désir est émis, il faut qu'il soit réalisé comme chez certains jeunes enfants. Il y a d'ailleurs une régression partielle du comportement infantile.

Dans l'ordre intellectuel, des manifestations analogues se traduisent par l'instabilité de l'attention, la difficulté de la synthèse mentale, la malade commence tout sans jamais achever.

D'après les renseignements fournis par la mère de la malade, tous ces troubles disparaissent dans les périodes d'atonie.

L'examen neurologique est négatif sauf abolition des réflexes achilléens (héredo Σ ?).

Pas de troubles endocriniens nets.

Antécédents : a toujours été instable, peu appliquée. Intelligence vive. Aspect un peu enfantin.

FORMES ASSOCIÉES A DES TROUBLES SOMATIQUES. — Mais beaucoup plus intéressantes et moins connues sont les formes associées à des troubles somatiques ou neurologiques.

Les diverses fonctions de l'organisme subissent des perturbations remarquables au cours des accès : le métabolisme général varie ; la floridité et l'amaigrissement alternent, le teint même change par une modification circulatoire, l'instabilité thermique est parfois très marquée (cf. obs. IX), les modifications du pouls sont importantes, la polyurie peut alterner avec l'oligurie. Au point de vue de l'appareil digestif, les dyspepsies et les nausées sont fréquentes, les périodes de constipation opiniâtre sont suivies de périodes normales ou diarrhéiques. Les instincts eux-mêmes subissent de profonds changements (faim, soif, et après la puberté, instinct sexuel). Voici un exemple de ces perturbations végétatives :

OBSERVATION VI. — André L..., âgé de 17 ans, a été vu pour la première fois le 13 octobre 1930.

Dès l'enfance, il a présenté en dehors des maladies infectieuses banales (scarlatine, rougeole) des *céphalées* intenses durant toute une journée, accompagnées de *vomissements*.

L'enfant devait s'aliter, il était très pâle, « on aurait cru qu'il allait mourir », disent ses parents, quelquefois même il s'est trouvé mal.

Ces migraines alternaient avec des troubles digestifs (maux d'estomac).

Récemment sont survenus de nouveaux phénomènes.

a) *des pertes de connaissance* : un jour, il était debout et parlait avec son père, il est devenu très pâle, est tombé brusquement, ne s'est pas blessé. Il a repris connaissance tout de suite après.

b) *des crises périodiques* qui ont débuté il y a un an environ.

Description de la crise : pendant quelques jours qui la précèdent, le malade est très actif, très remuant, puis surviennent les prodromes de la crise. Ceux-ci durent une journée : l'énervement augmente, les mouvements sont saccadés, bizarres, « il agit comme un automate ». Il présente alors de l'anorexie, la bouche est très sèche, il n'a plus de salive et mastique près d'un quart d'heure pour pouvoir avaler. Il ressent à ce moment une vague lourdeur de tête. Pendant la crise l'enfant ne parle plus, paraît triste. Il s'isole et reste couché, il est somnolent et se plaint de maux de tête, « c'est comme une migraine avec anéantissement, incapacité de penser ».

Le surlendemain, la crise est passée, il reprend son activité, un peu de céphalée persiste seulement. Pendant la crise les urines sont très foncées.

Depuis un an, le malade présente des crises analogues presque tous les mois.

Les premières crises avaient été prises pour des accès de fièvre, en raison de la sensation de froid, des frissonnements, on croyait toujours qu'il allait avoir une maladie grave, fièvre typhoïde. Mais la température qu'on prenait chaque fois restait normale.

A l'examen : le malade se présente avec un faciès d'arriéré, il est assez engourdi, le regard un peu terne (mais il est au début d'une crise dépressive). Il est bien présent et tout à fait lucide.

On ne note pas de troubles psychiques : il est très sérieux, très rangé.

Mais il est très fatigable et toute fatigue lui donne des maux de tête ou un état de dépression.

Au point de vue intellectuel, il présente un retard scolaire. Il n'a pas passé le certificat d'études, mais il sait lire et écrire. Il a quitté l'école à 13 ans et sa santé déficiente ne lui a pas permis d'apprendre un métier.

Il a fait plusieurs fugues à la suite d'observations.

L'examen neurologique est négatif.

Exostose de la région occipitale.

On note chez lui de l'acrocyanose marquée.

Antécédents héréditaires : le père, migraineux, a eu de grands accès toute sa vie. Mère et sœur de 25 ans bien portantes.

Revu le 27 octobre 1930 : la période de dépression qui a duré une semaine s'est terminée par un épistaxis. Actuellement, le malade est bien. La salivation est redevenue normale. Le pouls est à 60 (15 au 1/4). On fait coucher le malade sur le lit, le pouls est 19 au 1/4. On le fait remettre debout, après une accélération très brève le pouls se ralentit nettement, 14 au 1/4.

Le 8 décembre : le malade a pris 0 gr. 10 de gardénal par jour. Il n'a eu qu'une seule crise depuis la dernière visite. Elle a duré 3 jours mais a été beaucoup moins forte que les précédentes. Elle s'est terminée par une perte de connaissance que le malade a senti venir. Il aurait présenté des troubles de la vue.

Revu par la suite, il a eu des crises de sommeil pathologique : depuis 3 mois il est somnolent, on est obligé de le réveiller et il se rendort aussitôt.

Depuis que ce phénomène est apparu, l'enfant n'a plus de crises de dépression, ni de migraines.

En dehors de ces troubles généraux, on note aussi parfois des associations plus rares, mais qui présentent néanmoins un très grand intérêt en pédiatrie.

Psychose périodique et chorée. Il y a d'abord l'association avec la chorée. Tantôt on observe l'association d'une chorée avec un état hypomaniaque, comme dans l'observation suivante :

OBSERVATION VII (1). — Le jeune G..., âgé de 8 ans 1/2, a été vu pour la première fois en décembre 1929. On constate chez lui d'abord une grande instabilité motrice. Pendant l'examen, il ne tient pas en place, saute, fait des bonds, touche à tout, se roule sur le canapé, ouvre les armoires, porte tous les objets à la bouche.

Il a toujours été agité comme cela : dès les premiers mois de son existence, il remuait de façon extraordinaire, à 10 mois il ne tenait pas en place, gigotait sans arrêt, montait sur sa chaise, tentait de passer par-dessus, ne dormait et ne se reposait jamais dans la journée. Ses parents disent qu'à cet égard, il paraissait très différent des autres enfants. On peut même dire, affirme sa mère, que pendant la grossesse on le sentait faire des bonds extraordinaires déjà notés par le médecin. L'enfant est infatigable. On peut lui faire faire de longues marches (10 à 15 km.) sans qu'il accuse la moindre fatigue.

Au point de vue psychique, on note la même suractivité : à 7 mois il commence à parler, à 10 mois il sait prononcer plusieurs mots. A 18 mois, on est émerveillé de la netteté de sa parole. Il parle sans cesse, comme une grande personne, retient tout, en particulier les chansons.

Intellectuellement c'est un enfant très brillant. Il va en classe depuis l'âge de 7 ans, bien qu'ayant sauté une classe, il réussit très bien avec peu de travail, il est le premier de sa classe sans effort. Il est toujours dans une sorte d'effervescence psychique, on dirait « une machine trépidante ».

On a essayé de lui faire apprendre le violon, mais cela le fatiguait, le tendait à l'extrême.

(1) Nous avons donné il y a 7 ans à M. Migault les éléments du début de cette observation pour sa thèse sur « Manie et chorée » (Th. Paris, 1930).

Cet enfant présente une très grande sensibilité affective. Si on casse un objet, contrariété très vive, crise de désespoir, pleure...

Antécédents personnels : né à terme. Accouchement normal. Pas de convulsions dans l'enfance. Dentition précoce : première dent à 5 mois, dans un seul mois on a vu apparaître 6 dents. A 18 mois il avait 20 dents. Marche à un an.

Pas de maladie dans la petite enfance, sauf un phlegmon à 18 jours (il présente encore plusieurs cicatrices cheloïdiennes thoraciques).

A 2 ans, ses parents ont noté quelques mouvements brusques comme des secousses qui se manifestaient surtout quand on lui donnait la main.

Vers 3 ans apparaissent des clignements des paupières qui durent 10 à 15 jours, disparaissent, puis reviennent. Un médecin consulté constate alors de *l'inégalité pupillaire*.

Vers 5 ans, surviennent des « tics ». Ce sont d'abord des mouvements des épaules « comme si son vêtement le gênait ». A peu près à la même époque, il présente des « mouvements de reniflement », puis « de raclement de la gorge », de « gloussements ». Ces tics continuèrent depuis lors avec des variations, ces tics se remplaçant et se succédant les uns les autres.

En *décembre dernier* (à 8 ans), apparaissaient des mouvements anormaux : c'étaient des mouvements de tête, il avançait le cou « comme un cygne », puis ce mouvement s'accroissant de plus en plus, il plongeait la tête, puis lançait le bras et la jambe droite puis gauche. En même temps mouvements du visage lui donnant un « air hébété ». Ces mouvements étaient beaucoup plus accentués quand l'enfant avait l'attention soutenue (quand il regardait quelque chose par exemple).

C'est à ce moment qu'on l'amène à Trousseau où l'un de nous l'observe (13 décembre) : il présente un aspect de chorée (il avait déjà été traité par le Dr Drevet par l'acétylarsan et la génoscopolamine, mais les toutes petites doses de génoscopolamine augmentaient les mouvements : il était alors « déchainé »).

On lui prescrit XV gouttes de génoscopolamine et du sulfarsénol. Amélioration remarquable, atténuation considérable et rapide, au bout de 15 jours, *plus de mouvements choréiques*, mais l'enfant reste agité.

On continue la génoscopolamine jusqu'au 20 février. On est obligé de suspendre tout médicament à cause d'une bronchite et de la varicelle. Pendant la varicelle les mouvements disparaissent. En avril l'enfant recommence à avoir quelques mouvements presque imperceptibles. On reprend la génoscopolamine et les injections de sulfarsénol. Mais apparaît une crise nitritoïde fruste avec vomissements qui font suspendre les injections. Les vomissements continuent, même après avoir cessé l'arsenic, et sont parfois provoqués par des causes psychiques (odeurs, etc...).

On cesse la génoscopolamine. Les vomissements persistent, mais

les tics réapparaissent progressivement (tic de la bouche, comme un bonhomme qui fume). On reprend la génoscopolamine, XV gouttes + 0 gr. 05 de gardénal. Les tics disparaissent mais l'agitation reste.

Plus tard, en juillet 1930, les tics reparaissent (gloussements, raclements de la gorge). A ce moment on supprime complètement la scopolamine. Les tics continuent de plus en plus.

On reprend donc la génoscopolamine à la même dose au début d'août. Pas d'action sur les tics. Au contraire, les mouvements de tête s'accroissent, secousses de la tête sur le côté, rictus de la bouche, petit raclements, clignements d'yeux.

Au point de vue psychique, l'enfant présente toujours la même activité, la même agitation. Il bavarde beaucoup mais ne s'amuse pas avec les autres enfants. Faciès très vif. Il est d'une curiosité extrême, insatiable, demande le pourquoi de tout: à la mer, il interroge les ouvriers, suit les constructions navales, s'intéresse à la traction des wagonnets, aux ateliers de construction. Il ne s'effraie de rien, si on lui signale un danger (vipère, etc.), il le brave, va au devant et en rit. Depuis un an il lit mais sans exagération des livres simples de son âge, amusants. Pas de lectures scientifiques. En dehors de l'école, il ne travaille pas intellectuellement à la maison, il est très turbulent et ne se sent jamais fatigué.

Alternatives de reprises et de cessation de génoscopolamine.

En octobre 1930, on le revoit. Il a pris depuis trois semaines 15 à 20 gouttes de génoscopolamine. Les « tics » avaient un peu diminué avant le traitement, se sont atténués encore depuis. Il n'a pas de mouvements de tête, seulement, un tic de clignement du côté droit.

Il mange beaucoup et très vite.

L'hiver survint, il a eu une rougeole sans complications.

Il est revu en juillet 1931, il a beaucoup grandi, il est gros, un peu bouffi.

En janvier 1932, il est très bien, la chorée a disparu, on note seulement quelques gloussements. L'enfant est beaucoup plus calme, il travaille bien en classe, il n'a que 10 ans et il est dans la classe du certificat d'études avec des enfants de 13 ans. *Il a énormément grandi.* Bon état général.

En octobre 1932, il est toujours très bien. A noter seulement du méricysme (il régurgite ses aliments, les remâche puis les avale). Travaille toujours bien en classe.

Quelques mois après, on est très surpris de revoir cet enfant complètement transformé tant au point de vue physique qu'au point de vue mental: il présente un véritable gigantisme et l'état hypomaniaque a fait place à un état dépressif léger.

D'autres fois, la chorée évolue parallèlement à un état mélancolique: la chorée disparaît pendant les phases de rémission; tel un malade que l'un de nous a observé, il y a quelques années,

avec le D^r Horowitz, qui présentait des périodes de dépression nerveuse, avec fatigue extrême, découragement en même temps que des mouvements choréiques. Ces deux ordres de troubles s'atténuaient au bout de quelques mois, l'état mental s'améliorait en même temps que disparaissait la chorée.

Enfin, la chorée peut alterner avec un état maniaque, comme dans l'observation suivante :

OBSERVATION VIII. — Cas de l'enfant D..., 4 ans.

A toujours été un peu instable. Soigné pour chorée.

Amélioration rapide par la liqueur de Boudin.

Persistance d'un état hypomaniaque caractérisé par aisance, jovialité, turbulence.

En entrant dans le bureau, il paraît très à l'aise : « Ah ! bonjour mon vieux, dis donc il fait chaud ici, ah ! tu sais, je me mets à l'aise ».

Il détaille tous les objets de la pièce. « Eh ! dis donc passe ce livre bleu. »

Mémoire remarquable : il était déjà venu une fois et se rappelle la place des commutateurs, fait jouer les boutons pour éclairer le lustre.

Très gai, très entrain, il fait des réflexions piquantes : « Et ton truc avec rondelle en caoutchouc (le marteau à réflexe), et ça c'est une aiguille à chapeau, etc...

PSYCHOSE PÉRIODIQUE ET SIGNES INFUNDIBULO-HYPOPHYSAIRES.

— Parfois, ce sont des *signes infundibulo-tubériens* qui sont associés à la psychose périodique.

Nous avons observé plusieurs fois l'association à un état hypomaniaque de signes de dysfonctionnement hypophysaire tels qu'on les rencontre dans l'observation suivante : troubles végétatifs gastro-intestinaux, spasmes digestifs, diabète insipide :

OBSERVATION IX. — M. M., âgé de 20 ans (né en 1910).

Ce jeune malade a eu une naissance normale (pas de traumatismes obstétricaux) et jusqu'à l'âge de 9 mois on n'a rien remarqué de particulier.

A cette époque sont apparus des phénomènes infectieux (fièvre, photophobie, insomnie, vomissements). La fièvre qui a persisté pendant 18 mois comportait de grands clochers de 40° ou 41° pendant 8 ou 10 jours suivis de périodes de température normale. L'enfant ne paraissait pas d'ailleurs avoir une telle température. Entérite rebelle (à 8 mois il avait eu une constipation opiniâtre ne cédant à rien). Spasmes œsophagiens qui empêchaient toute alimentation. L'enfant vomissait tout ce qu'il prenait. Les vomissements avaient lieu sans

efforts, d'un seul coup « comme si une main serrait dans le corps de l'enfant une poire en caoutchouc à très large ouverture ».

Jusqu'à 5 ans, il ne peut rien avaler que des aliments liquides. Alternance de coliques et de spasmes intestinaux.

A l'âge de 9 ans, il est soigné par le Professeur Weil qui fait un diagnostic de *diabète insipide*. Le début de ce diabète est mal précisé mais déjà tout petit on avait remarqué qu'en lui donnant des bains au cours de ces poussées fébriles, il buvait l'eau de ses bains. Chaque nuit il urine dans son lit en dormant (5 ou 6 fois par heure et beaucoup à la fois).

En 1919 il fait une jaunisse suivie d'entérocologie mucomembraneuse. Maux de tête à type de migraine avec douleur dans les deux yeux. Avait eu aussi des *évanouissements* : 2 ou 3 fois par jour, devenait très pâle puis avait ensuite une crise de diarrhée. Ces accidents survenant seulement à l'occasion d'émotions, de surprises.

L'enfant ne se développe pas, il est petit, très gros, développement anormal des seins, appareil génital ne se développe pas.

On fait à cette époque une radio du crâne.

Un traitement par les ultra violets amène un amaigrissement rapide et le développement de l'appareil génital.

Les oscillations de température ont toujours persisté, parfois variation très rapide en 3 ou 4 heures, la température passe de 37 à 40 ou inversement. En somme *instabilité thermique extrême*.

Au cours de son développement, l'enfant a présenté des *troubles psychiques très marqués*.

A 9 mois, il était très éveillé, commençait à parler, à marcher seul, avait des dents.

Il était très gai, très remuant. Il était assez avancé pour son âge au moment où a commencé sa maladie. Arrêt du développement psychique : à 4 ans il parle à peine, ne s'exprime que dans le style « petit nègre ». Il comprend bien, écoute avec intérêt les histoires qu'on lui raconte, riant quand il le faut, sensible aux choses tristes.

Au point de vue du caractère, il se met facilement en colère : colères très fortes. Très méfiant il croit souvent qu'on se moque de lui.

Tendance à la méchanceté et cruauté vis-à-vis des animaux.

Accès de violences, d'impulsions pour des motifs futiles (quand on veut le faire laver par exemple ou qu'on le taquina), se traduisant par des cris, des menaces, des coups, de la coprolalie. Ensuite, quand la colère est passée, il pleure et regrette son attitude. Très affectueux, il est extrêmement dévoué pour sa mère qu'il aide dans le ménage ; il veut la soigner quand elle est malade. Il a le remords de ses actes de violence.

Il a toujours eu des aversions très nettes, déteste entrer dans une église : il refuse d'y entrer parce que, dit-il, « ça sent la mort, c'est sombre ». Il déteste en général tout ce qui est triste ou sombre, les vêtements noirs, les enterrements. N'aime que la musique gaie,

rapide, entraînant. Aversion extraordinaire pour l'anglais : ses parents parlaient anglais entre eux. Déjà tout petit, vers 18 mois, quand on lui montrait un oiseau disant « bird », il faisait « non pas bird, oiseau ». Si on lui parle anglais il se met dans une grande colère.

Aversion pour certaines personnes, des camarades. Il a néanmoins des camarades, joue avec des enfants beaucoup plus jeunes que lui. N'aime pas à s'isoler, mais dès qu'il y a du monde autour de lui s'énervé, pince sa mère, dit des sottises.

La mémoire des choses concrètes est bonne mais régression pendant les poussées fébriles. Aucune mémoire des choses abstraites.

Il est allé en classe jusqu'à maintenant mais ne sait ni lire, ni écrire, sait juste l'alphabet. Il arrive à copier un peu syllabe par syllabe.

Examen : peau spéciale, blafarde, type hypophysaire. Gynécomastie. Presque pas de poils sous les aisselles. Testicules développés, verge petite, poils au pubis. Le développement du corps en hauteur s'est fait d'un seul coup.

Examen neurologique négatif.

On a fait une radio du crâne : normale.

Métabolisme basal + 8 0/0.

Revu quelque temps après, il paraît plus éveillé au point de vue psychique depuis qu'il est à Paris : il s'intéresse à tout, pose toujours des questions, aime qu'on lui lise le journal. Il regarde partout et détaille ce qu'il a vu à Paris : les monuments, Notre-Dame, les Invalides, le Musée du Louvre (a reconnu la Cruche Cassée de Greuze que les parents ont chez eux). Il fait même quelques remarques historiques : au cours de la visite de la Conciergerie, il fait allusion à Louis XVI.

Il paraît plus doux et plus docile

Il n'a pas d'entérite depuis trois semaines alors qu'il avait auparavant une entérite continue.

Dans un autre cas déjà cité (obs. VII), nous avons observé, après une période de plusieurs années d'état hypomaniaque avec chorée, l'apparition d'un véritable gigantisme en même temps que l'état hypomaniaque faisait place à la dépression.

Ces faits cliniques méritent d'être rapprochées des études récentes de P. Abély (1) concernant la réaction de Zondek obtenue avec les urines de malades hypomaniaques, cette réaction

(1) P. ABÉLY, PASSEK, ROYER. — Recherches sur le fonctionnement de l'hypophyse au cours de la psychose maniaque dépressive (extension de la réaction de Zondek). *Annales Médico-Psychologiques*, Tome II, n° 2, juillet 1931, et *Ann. Médico-Psychologiques*, Tome I, n° 2, février 1932.

X. et P. ABÉLY, ANGLADE et RONDEPIERRE. — Psychose maniaque dépressive et hyperplasie hypophysaire. *Ann. Méd.-Psych.*, juillet 1936, p. 255.

étant positive seulement dans l'hypomanie et non dans les accès mélancoliques.

« Dans les accès maniaques de la psychose maniaque dépressive, existe un hyperfonctionnement très marqué et évident du lobe antérieur de l'hypophyse. Il s'agit là d'un symptôme important par sa constance habituelle... »

« Dans les accès mélancoliques de la psychose maniaque dépressive, il apparaît que l'hypophyse ne joue aucun rôle. »

L'étiologie et la pathogénie de cette psychose périodique chez l'enfant restent encore mystérieuses :

On a beaucoup insisté sur le terrain, déjà Falret, Morel pensaient que c'est dans cette psychose que l'hérédité joue le plus grand rôle (1). On observe assez fréquemment des cas d'hérédité similaire (cf. notre observation IV).

Dans une thèse récente, inspirée par P. Abély, Trillot insiste sur l'hérédité similaire de la psychose maniaque dépressive (2). Quelquefois l'hérédité se produit aussi pour les troubles végétatifs qui accompagnent la cyclothymie : c'est le cas d'une famille suivie par l'un de nous : le père et les trois enfants sont atteints de psychose périodique et ont tous le même rythme très ralenti du pouls 50 à 60. L'apparition de la psychose périodique chez l'enfant indique un terrain nerveux très marqué, de même que son apparition sans causes occasionnelles. Dans l'enfance, ces causes occasionnelles sont rares, mais parfois, on peut mettre en évidence, au début, soit un traumatisme, soit une émotion intense (voir le premier cas rapporté par Esquirol).

Mais on n'a jamais pu déceler des lésions anatomiques importantes de cette région, les perturbations paraissent surtout liées à des troubles fonctionnels de la région infundibulo-tubérienne.

Dans certains cas, nous avons vu des causes toxi-infectieuses (telles que spirochétose ictérique, typhoïde) déclancher l'apparition d'accès maniaques.

En tout cas, l'étude, un peu négligée jusqu'à présent de la psychose périodique infantile, peut apporter des données intéressantes à la clinique et même à la pathogénie de cette affection, et permet de mieux comprendre la psychose périodique de l'adulte.

(1) Voir à ce sujet le récent rapport de BROUSSEAU : L'hérédité dans les affections circulaires (*Rapport au Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes*, 1936).

(2) TRILLOT. — L'hérédité cyclothymique. Son utilité dans le diagnostic et le pronostic de certaines psychoses. *Thèse, Paris*, 1932.

M. DUBLINEAU. — L'observation des enfants placés dans un Institut médico-pédagogique pour des troubles du caractère ou pour d'autres anomalies mentales doit comporter le graphique de la conduite, c'est-à-dire la notation des variations de leur humeur, de leur turbulence, de leurs attitudes ironiques, moqueuses ou déprimées, de la profondeur du calme ou de l'agitation de leur sommeil, etc... La lecture de ces graphiques est très intéressante. En dehors de toute manifestation morbide de psychose maniaque dépressive, on constate des variations en plus ou en moins du fonctionnement psychique ou organique. Le somnambulisme, l'incontinence d'urine ont parfois la valeur d'un prodrome plus ou moins éloigné d'un accès d'excitation.

Apoplexie gastrique après alimentation à la sonde. De quelques accidents neuro-végétatifs de l'alimentation artificielle, par MM. H. BARUK, P. FOUQUET, J. MATHEY et Mlle GÉVAUDAN.

L'alimentation forcée des aliénés, entrée depuis longtemps dans la pratique courante de la psychiatrie, n'est pas cependant sans soulever certaines difficultés, ni sans provoquer quelques accidents. Ceux-ci, malgré leur rareté, méritent d'être étudiés de près. En général, on se borne à citer surtout les fausses routes, ou les difficultés mécaniques de pénétration de la sonde. C'est à Esquirol, semble-t-il, que revient le mérite d'avoir étudié cette technique d'alimentation. Il n'est peut-être pas inutile de rappeler ici le texte même de son premier travail sur ce sujet (1) :

« Le refus de prendre des aliments dépend-t-il d'une cause morale de la lypémanie, du désir de se tuer ? Il faut agir promptement et énergiquement. On a recours aux moyens de persuasion, on excite la sensibilité par des témoignages de tendresse, d'affection de la part de personnes chères. On a conseillé, et Pinel entre autres, de frapper l'imagination des malades par quelque appareil propre à les effrayer et à leur faire craindre un mal plus grand que la douleur morale qu'ils éprouvent ; la douche, les bains froids ont quelquefois vaincu la résistance. Si tous ces moyens échouent, si le refus d'aliments persiste, si le malade a pris la résolution de mourir par l'abstinence, il faut recourir à l'introduction forcée des substances alimentaires dans l'estomac ; on a imaginé plusieurs moyens mécaniques pour

(1) ESQUIROL. — *Traité des maladies mentales*, Tome I, page 661.

forcer les malades à ouvrir la bouche, ces moyens sont violents et ne réussissent pas toujours ; *l'usage d'une sonde de gomme élastique introduite par les narines dans l'œsophage* pour ingérer des liquides nutritifs dans l'estomac réussit ordinairement si l'on a recours à ce moyen avant que l'abstinence ait déterminé l'inflammation de l'estomac et des intestins. L'ingestion tardive ne saurait prévenir la mort.

« *Le premier, j'ai fait usage de la sonde dans cette circonstance, mais son emploi exige des précautions ; la sonde œsophagienne dont je me servais alors, d'un calibre trop gros, ne s'introduisait que difficilement. On a adopté depuis une sonde ordinaire, d'un calibre plus petit et qui est plus courte ; il arrivait quelquefois que l'extrémité de la sonde se reployait sur elle-même avant d'entrer dans l'œsophage et qu'alors le liquide ressortait par les narines et la bouche. M. Baillarger, élève interne de Charenton, a armé la sonde d'un mandrin en baleine et l'accident dont je viens de parler a été prévenu. Il peut arriver que la résistance soit telle que, même avec beaucoup d'expérience, on fraie une fausse route à la sonde ; ces accidents sont très graves, et fort rares, car je ne l'ai observé qu'une fois chez un jeune homme. La sonde, introduite par une main exercée et habile, se fourvoya dans une fausse route et provoqua une inflammation qui, en peu de jours, fut mortelle ; je le répète, c'est la seule fois que j'ai observé un pareil accident ; ce moyen est ordinairement sans danger, il a conservé la vie à un grand nombre de malades auxquels j'ai donné des soins, soit dans les établissements publics, soit dans ma pratique particulière. »*

Baillarger (1), élève d'Esquirol, utilise ensuite, tant à Charenton qu'à la Salpêtrière, une sonde à mandrin, mais il semble que ce procédé fût suivi de plus d'accidents que celui de la sonde molle : aussi cette dernière a-t-elle été communément adoptée et semble entrée définitivement dans la pratique.

En dehors des accidents mécaniques et des fausses routes dont nous venons de parler, l'alimentation à la sonde, même faite avec les plus grandes précautions et sans la moindre faute de technique, provoque parfois des accidents d'ordre physiologique, encore mal connus.

L'un de nous, à l'Asile de Clermont-de-l'Oise, en 1931, a eu l'occasion d'observer l'accident suivant chez une mélancolique :

Au moment même où la sonde venait d'être introduite sans

(1) BAILLAGER. — Recherches sur les maladies mentales, Tome I, p. 501.
— De l'alimentation forcée chez les aliénés.

difficultés, et sans qu'aucune goutte de liquide n'ait été versée, la malade présenta subitement une syncope : le pouls passa immédiatement de 80 à 30 par minute ; pendant une demi-heure, la bradycardie persista et, malgré tous les efforts pratiqués, y compris, en dernier ressort, l'injection intracardiaque d'adrénaline, la malade succomba.

Il s'agissait là, pensons-nous, d'une action réflexe un peu analogue aux syncopes du début de certaines anesthésies générales.

Tout dernièrement, à la Société Médico-Psychologique, MM. Trillot, Ducoudray et Raucoules (1), d'une part, MM. Adam, et Hausch (2), d'autre part, ont rapporté des cas de mort rapide au cours de l'alimentation à la sonde, un peu dans le même ordre d'idées.

L'été dernier, dans le service du D^r Daday (3), que l'un de nous remplaçait, nous avons observé à la suite de l'alimentation par la sonde des accidents très spéciaux d'ordre neuro-végétatifs et vasculaires gastriques qu'il nous a paru intéressant de communiquer à la Société :

OBSERVATION. — Mlle Madeleine H..., âgée de 44 ans, entre dans le service le 17 août 1936, avec le certificat suivant : « ...Reste assise dans un coin, le visage obstinément tourné vers un objet, vers le sol, dans une attitude figée, ayant négligé sa toilette. Elle répond avec difficulté, lenteur et à regret aux différentes questions posées. Depuis trois jours, refuse obstinément de s'alimenter et de boire ; dort d'un sommeil agité. D'autre part, Mlle H... a fait déjà un séjour de plusieurs années à la Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice, en 1910. Elle a aussi, à cette époque, tenté de se suicider en se jetant dans la Marne. » (Signé : D^r Chevalier).

Dès son entrée, on doit se résoudre à l'alimentation forcée ; deux fois par jour, lait sucré et jus de fruits par la sonde nasale. A de rares intervalles, elle accepte de manger normalement, et se plaint de vagues maux d'estomac.

Cet état dure depuis plus d'un mois sans changement, quand, le lundi 28 septembre, après avoir été nourrie le matin à la sonde, elle éprouve, vers 4 heures de l'après-midi, un malaise ; on la couche, on la réchauffe, elle se remet aussitôt ; vers 19 h. 30, elle reçoit un litre

(1) TRILLOT, DUCOUDRAY et RAUCOULES. — Mort subite au cours de l'alimentation par la sonde. *Ann. Médic.-Psychol.*, décembre 1936, page 867.

(2) FR. ADAM et OT. HAUSCH. — Mort rapide après alimentation à la sonde par rupture de coronaire chez un athéromateux. *Ann. Médico-Psychol.*, janvier 1937, p. 129.

(3) Nous remercions très vivement le D^r Daday qui a bien voulu nous autoriser à publier le cas de cette malade de son service.

et demi de lait par la sonde ; comme chaque fois, elle se débat, fait des efforts de vomissements, mais aucun accès de toux, ni de suffocation ; on note seulement un brusque relâchement des sphincters anal et vésical.

A 20 heures, rappelés d'urgence, nous la trouvons gisant sur le dos, immobile, très pâle, les yeux révulsés, et respirant avec difficulté.

L'infirmière nous apprend que, quelques minutes après son alimentation forcée, la malade s'était levée très angoissée, manquant d'air, accusant une sensation de mort imminente ; elle avait demandé, avec une lucidité étonnante chez elle, muette à l'ordinaire, « qu'on prévienne sa famille, parce qu'elle sent que son cœur va lâcher ».

Nous constatons que la malade réagit encore aux excitations fortes, se plaint, mais bientôt la perte de la conscience, de la motilité volontaire, de la sensibilité s'accuse : à l'état syncopal fait suite un coma complet.

L'examen montre une résolution musculaire absolue, une abolition du réflexe cornéen, aucun signe de lésion neurologique en foyer ; le cœur rapide et arythmique, le pouls est incomptable, les extrémités se glacent et se cyanosent. La respiration stertoreuse s'accompagne de tirage, pourtant l'auscultation des deux champs pulmonaires est négative. L'examen de l'abdomen, souple et non douloureux, permet d'éliminer un diagnostic chirurgical.

On met en œuvre un traitement symptomatique : tonicardiaques habituels, inhalations d'oxygène, boules chaudes ; vers 21 heures, apparition d'un trismus considérable, avec exagération de la dyspnée et bouillonnement trachéo-bronchique très accentué. Une injection de post-hypophyse amène une expectoration abondante de mousse rosée et saumonée.

L'état reste très alarmant jusqu'à 3 heures du matin, où on note une nette amélioration de l'état général, le faciès se recoloré, le malade s'exprime avec lucidité.

Le mardi matin, la température est à 39°, la dyspnée est toujours vive ; on pratique un examen complet de tous les appareils qui ne permet de mettre en évidence aucun signe permettant d'orienter le diagnostic ; on note une tension artérielle de 8×5 au Boulite. A 14 heures, la malade vomit en abondance des haricots ingérés le dimanche, c'est-à-dire 48 heures avant le début des accidents.

Le soir, nouveau vomissement ; température 39°2 ; goutte-à-goutte rectal de sérum glucosé, tonicardiaques.

Mercredi 30 septembre : la malade se plaint de l'estomac, dont elle a, dit-elle, « toujours souffert quand elle était déprimée » ; à l'examen, on constate : à l'inspection, la région épigastrique paraît tendue, la palpation, non douloureuse, met en évidence un empâtement diffus, mal délimitable de toute la région ; la percussion montre une large matité, débordant à gauche, se confondant avec une matité hépatique normale ; la rate n'est pas percutable, le reste de l'abdomen paraît normal.

Par ailleurs, la base pulmonaire droite devient mate, les vibrations vocales ne sont plus perçues, et on entend un souffle doux, pleurétique à la limite supérieure de la matité ; le cœur reste rapide et arythmique, le pouls à 140, la température en plateau à 39°7, la tension artérielle basse.

Jeudi 1^{er} octobre, un avis chirurgical donné par le Dr Beaussenat, chirurgien de l'Etablissement, nous fait discuter la possibilité d'un abcès sous-phrénique à développement supérieur et à symptomatologie thoracique.

Vendredi 2 octobre : on note une rémission des signes généraux et une évolution de l'état pulmonaire : à son tour, la base gauche devient mate ; à droite, le souffle est devenu rude et rapeux et on entend des râles disséminés en petits foyers vers l'aisselle et dans la région sous-claviculaire ; la toux est sèche, l'expectoration purulente, la dyspnée moins vive ; le plastron épigastrique semble rétrocéder, la langue reste saburrale.

Le samedi, l'état paraît stationnaire, mais la température remonte et la malade meurt dans l'après-midi.

Voici le compte rendu de l'autopsie pratiquée le lendemain, 4 octobre 1936 :

A l'ouverture de l'abdomen, le côlon ascendant et le transverse paraissent très distendus jusqu'à une portion rétrécie d'environ 4 centimètres, située à l'union du tiers droit et du tiers moyen du transverse ; une deuxième zone rétrécie représentait tout le côlon descendant avec un méso très court, le calibre normal reparaisant brusquement au niveau du côlon ilio-pélieu.

On fait ablation entre deux ligatures du cæcum, du côlon ascendant, transverse et descendant jusqu'au pélieu.

On explore la voûte diaphragmatique : aucune collection, ni adhérence à ce niveau, pourtant on note, en avant et un peu à gauche du cardia *une zone hémorragique d'aspect ecchymotique* de la taille d'un franc.

L'estomac, légèrement distendu, montre à sa surface, sur la partie antérieure et latérale de la grosse tubérosité, deux érosions rouge-vif, linéaires, en virgules, de 1 cm. de long sur 2 millimètres de large.

Le foie, la rate, les reins, les surrénales paraissent macroscopiquement sains, le péritoine est normal et on ne note aucune périviscérite.

On ouvre alors le thorax : le médiastin antérieur, le péricarde sont normaux, on aperçoit très bien les deux phréniques ; aucune adhérence pleurale, poumons libres, pas de liquide dans les plèvres. On vérifie soigneusement sur toute leur longueur l'aspect de l'œsophage, des bronches, de la trachée, et on peut s'assurer avec certitude qu'il n'existe pas la moindre fausse route. On enlève le cœur, les poumons et on dissèque le médiastin postérieur : pas de médiastinite, mais, à la section des grosses bronches, on a un liquide œdémateux et puru-

lent, surtout à gauche. On enlève l'œsophage, l'estomac, le duodénum d'un seul tenant.

A la coupe des poumons on constate des deux côtés un lobe inférieur avec hépatisation rouge, et des sommets grisâtres avec suppuration diffuse.

La pièce la plus intéressante, c'est-à-dire le tube digestif supérieur,



est soigneusement examinée ; la muqueuse œsophagienne rouge et congestionnée se termine brusquement, au-dessus du cardia, par une zone plus rouge contrastant avec la zone blanche du cardia. Au niveau de l'estomac largement ouvert, deux particularités notoires attirent notre attention :

1° Au voisinage de la grosse tubérosité, s'étale sous la muqueuse une importante arborisation vasculaire ramifiée en étoile d'environ 5 centimètres de diamètre (figure).

2° Dans la région prépylorique et sur toute la surface de la première partie du duodénum, on note un véritable piqueté hémorragique.

Comment interpréter une telle observation ?

Nous avons tout d'abord désiré prendre l'avis d'un anatomo-
miste compétent : nous avons donc soumis les pièces à l'exa-
men de notre ami, le D^r Ivan Bertrand (1) : celui-ci considère
tout d'abord comme sans importance les inégalités de calibre de
l'intestin qu'il regarde comme liées à un phénomène spasmodi-
que d'ordre banal ; par contre il attache un grand intérêt aux
lésions vasculaires constatées au niveau de l'estomac et du
duodénum ; ces lésions vasculaires d'après son avis et l'avis
de divers gastrologues que nous avons consultés, constituent
les manifestations d'une véritable *apoplexie gastrique* liées
probablement à des perturbations neuro-végétatives à ce niveau.

Quant aux manifestations pulmonaires de la base droite, sui-
vant également l'avis des gastro-entérologistes, on peut les
considérer comme une réaction à distance liées aux troubles
vasculaires gastriques et à une infection microbienne partie de
l'estomac à la faveur de ces troubles vasculaires.

Ces réactions pulmonaires à point de départ gastrique sont
bien connues, et s'observent fréquemment à la suite des inter-
ventions sur l'estomac, à tel point que, certains chirurgiens
pratiquent pour les éviter une vaccinothérapie systématique
après toute intervention gastrique.

Il est possible que la distension brusque de l'estomac par le
liquide de la sonde puisse provoquer, chez des sujets prédis-
posés ou sensibilisés au point de vue végétatif, un véritable choc
humoral et vasculaire, avec toutes les conséquences que nous
venons d'envisager.

Aussi ne saurait-on recommander trop de prudence et de
douceur dans la technique de l'alimentation ; il serait préférable
peut-être d'introduire très lentement le liquide afin d'éviter
toute action brutale sur la muqueuse gastrique très sensible de
certains névropathes et psychopathes.

La séance est levée à 18 h. 50.

Le Secrétaire général,

Paul COURBON.

(1) Nous remercions très vivement le D^r Ivan Bertrand de ses précieux
conseils.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du Jeudi 4 Février 1937

Présidence : M. **BARRE**, président

Hyperthermie et pithiatisme. — La fièvre du thermomètre, par MM. J. LHERMITTE et AMAN-JEAN.

Chez une malade atteinte de néoplasme de l'utérus et traitée par des applications de radium, soudainement la température s'éleva à 42° puis 43°, en même temps qu'apparaissaient des crises convulsives avec délire et clownisme. Pendant 7 jours la température oscilla entre 40° et 43°, tandis que le pouls et la respiration n'étaient que peu modifiés et que l'état général était satisfaisant. Malgré les examens répétés, on ne put découvrir aucune cause de cette hyperthermie excessive. Les auteurs pensent donc qu'il s'agit d'une hyperthermie chez une hystérique doublée d'une mythomane, et insistent sur le fait que malgré l'indigence intellectuelle de la malade, celle-ci put mystifier des infirmières particulièrement averties et scrupuleuses.

Coloration bleue des tympanes dans l'Ostéopsytirose, par M. O. CROUZON.

L'anopsie des aviateurs, par MM. BÉHAGUE et MOTHON.

Les auteurs qui se sont intéressés au phénomène dit « de la vision noire des pilotes » rapportent les observations d'un certain nombre d'aviateurs connus chez qui il s'est produit. Ce trouble qui semble en rapport avec les brusques changements de vitesse, n'a jamais été observé chez aucun parachutiste. Les auteurs se proposent, par de nouvelles recherches, de préciser le mécanisme physiologique de ce curieux symptôme.

Discussion. — M. LHERMITTE fait remarquer que ce phénomène ne s'observe pas uniquement chez les aviateurs et qu'il existe au cours des migraines des faits de ce genre qui plaident en faveur d'un spasme vasculaire calcaire et non rétinien.

Lipome du mésocéphale chez un cheval. — Oblitération de l'aqueduc de Sylvius et hydrocéphalie, par MM. Ivan BERTRAND, BLANCHARD et Pierre SALLES.

Présentation, par les auteurs, d'un cas de tumeur du mésocéphale observé chez un cheval ; la masse tumorale oblitérait complètement l'aqueduc de Sylvius et avait déterminé une hydrocéphalie considérable. A l'examen histologique il s'agissait d'un *lipome* typique ; les lipomes cérébro-médullaires, rarement observés chez l'homme, sont exceptionnels chez l'animal. Leur localisation particulière et leur association fréquente à d'autres malformations fait émettre l'hypothèse d'une origine dystrophique liée à la régression de la méninge primitive.

Comment se terminent les fibres névrogliques,
par MM. QUERCY et LACHAUD.

Les auteurs étudient les terminaisons des fibres névrogliques, en particulier sur des cas de syringomyélie, de sclérose en plaques et d'atrophie du nerf optique. Ils décrivent des terminaisons en anses, en massues pleines, en lunettes, en raquettes.

Discussion. — M. LHERMITTE pense que les fibres névrogliques ne se terminent pas en anse, ne présentent ni bifurcation ni retournement. Les figures présentées ressemblent aux terminaisons des cylindraxes.

M. BERTRAND estime qu'il s'agit sûrement de terminaisons pathologiques et fait remarquer leur ressemblance avec des fibres collagènes ou des cylindraxes interrompus.

M. A.-THOMAS considère que les méthodes employées par MM. Quercy et Lachaud ne sont pas spécifiques. En outre, à son avis, les boucles ne lui paraissent pas être fermées.

M. QUERCY ne pense pas qu'il s'agisse de cylindraxes car la méthode spécifique de ces éléments ne permet pas de mettre en évidence les figures géométriques qu'il signale.

Syndrome d'Adie, migraines, dyssymétrie faciale. — Traitement spécifique, par M. J. LHERMITTE.

Chez une fillette de 12 ans, la pupille tonique avec aréflexie tendineuse s'alliait avec une asymétrie très accusée de la face et même du thorax. Au syndrome classique s'ajoutaient également des migraines d'une fréquence et d'une intensité remarquables, localisés au côté droit, alors que la pupille tonique affectait exclusivement l'œil gauche. En raison d'une réaction de Wassermann faiblement positive, on appliqua un traitement spécifique ; or celui-ci fit disparaître l'élément migraineux en quelques mois. Quant à la pupille, celle-ci se modifia légèrement en ceci que le réflexe lumineux complètement aboli reparut atténué mais net.

Un semblable fait indique que si, dans l'immense majorité des cas, le syndrome d'Adie est complètement indépendant de la syphilis, il n'est pas impossible que, à titre d'exception peut-être, la tréponémose intervienne dans le déterminisme de ce curieux syndrome.

Chronaxies vestibulaires et neuro-musculaires dans un cas d'idiotie amaurotique infantile, par MM. Georges BOURGUIGNON et Albert CHOURAQUI.

Dans ce travail, les auteurs étudient la chronaxie chez une fillette de 2 ans et 8 mois, atteinte d'un syndrome d'idiotie amaurotique infantile, caractérisé par l'association de cécité, idiotie, atonie et hyperréflexivité tendineuse, avec des signes de décérébration.

Chez cet enfant, le système vestibulaire est si peu excitable que les auteurs n'ont obtenu aucun réflexe d'inclinaison par l'excitation vestibulaire mono-auriculaire.

Au point de vue musculaire, ils constatent à la fois un renversement du rapport des chronaxies des muscles antérieurs et postérieurs à la jambe, comme dans toute lésion pyramidale, et une augmentation du rapport des chronaxies des muscles des segments proximaux à celle des muscles des segments distaux, aux membres supérieurs comme aux membres inférieurs.

Il y a donc à la fois une lésion pyramidale et un retard de développement, comme si les lésions se produisaient vers le 5^e ou le 6^e mois, et avaient arrêté le développement à cet âge.

Tumeur de la base du crâne, étudiée par stratigraphie, par MM. J. FROMENT et P. BUFFÉ (de Lyon).

Les auteurs présentent et analysent les coupes frontales radiographiques d'un sujet atteint de *syndrome unilatéral paralytique global des nerfs crâniens*. Sur toutes les coupes s'étagant des trous déchirés postérieurs (coupe I) aux trous optiques (coupe V), l'altération osseuse strictement unilatérale aisément se lit. Elle ampute le sommet du rocher, érode la lame basilaire, rend illisible les contours du trou déchiré postérieur. Elle envahit la plus grande partie des étages moyen et postérieur de la base du crâne. Les auteurs soulignent l'intérêt neurologique de telles études topographiques stratigraphiques.

Paralysie unilatérale des 10 nerfs crâniens droits. — Syndrome de Garcin, par MM. MONIER-VINARD et BRUNEL.

Les auteurs apportent l'observation anatomo-clinique d'un sujet qui présente une paralysie des 10 dernières paires crâniennes droites et qui succombe sans avoir présenté à aucun moment, ni signes d'hypertension intracrânienne, ni altérations motrice ou sensitive des membres. A l'autopsie, on trouve une volumineuse tumeur de la partie droite de l'étage moyen du crâne, tumeur infiltrant la dure-mère et les os de la base, envahissant la selle turcique et détruisant l'hypophyse. Elle comprimait le pédoncule cérébral droit, la protubérance, le lobe temporal droit, la moitié droite du cervelet, mais n'était pas infiltrée dans le tissu nerveux.

Dans une précédente communication, les auteurs, en raison de l'absence de lésions radiologiques apparentes de la base du crâne, avaient présumé que la

paralysie des nerfs craniens était due à une poliencéphalite du tronc cérébral et avaient à ce moment écarté le diagnostic de tumeur basilaire. Ils ont tenu à rectifier leur interprétation pathogénique erronée qui eut pour base l'intégrité osseuse du crâne. A cette occasion ils font remarquer que les altérations osseuses, capitales pour le diagnostic du syndrome de Garcin, peuvent être tardives quand il s'agit d'une néoplasie endocranienne. Histologiquement il s'agissait d'une tumeur à point de départ dure-mérien et de nature sarcomateuse.

Gliome frontal gauche. Résection du lobe frontal. — Considérations physiologiques (Etat mental et épreuve de Delmas-Marsalet), par MM. CLOVIS-VINCENT et DEREUX (de Lille).

Les auteurs présentent un malade chez lequel on a enlevé, avec un gliome frontal gauche, la majeure partie du lobe frontal du même côté. Cette résection n'a été suivie d'aucun trouble.

Il n'y a notamment aucun trouble mental, aucun trouble de l'orientation spatiale, aucun trouble de l'équilibre. L'épreuve de Delmas-Marsalet donne des résultats paradoxaux.

A propos des accidents tardifs des traumatismes craniens,
par MM. PETIT-DUTAILLIS et SINGVALD.

Les auteurs présentent un cas de syndrome d'hypertension intra-cranienne tardive, sans signe neurologique objectif. Ils rappellent, à ce propos, que les accidents tardifs des traumatismes ne sont pas toujours dus à des hématomes sous-duraux, mais aussi quelquefois à des tumeurs cérébrales et des méningites séreuses. Ils insistent sur l'utilité dans certains cas de ne pas pratiquer de grands volets.

Le signe de Rossolimo. — Sa valeur séméiologique,
par MM. L. RIMBAUD, G. ANSELME-MARTIN et G. PARTELIDES (de Montpellier).

Les auteurs attirent l'attention sur le réflexe plantaire décrit par Rossolimo et caractérisé par la flexion des orteils sur l'avant-pied quand on percuté la face inférieure.

Ils l'ont recherché chez plus de 400 nourrissons et dans un certain nombre de cas de lésions cérébrales et médullaires.

Ce signe trop peu connu en France a une indiscutable valeur séméiologique. Il paraît être l'analogue d'un réflexe tendineux qui ne se révélerait que lorsqu'il existe une lésion des voies pyramidales.

Il est en général associé au Babinski, mais existe aussi sans lui, en particulier dans les lésions pyramidales et médullaires et dans la sclérose en plaques.

Le ramollissement aigu de la moelle. Un cas anatomo-clinique ayant évolué sous l'aspect d'une lésion médullaire transverse chez une femme âgée (artério-scléreuse), par MM. Th. ALAJOUANINE et Th. HORNET.

Les auteurs relatent l'observation d'une femme âgée de 65 ans, hypertendue, qui présente une paraplégie totale, en l'espace de quelques minutes :

paraplégie flasque, avec une anesthésie complète de la partie inférieure du corps remontant jusqu'à D7, et une incontinence des sphincters ayant entraîné la mort en un mois par escarre et infection urinaire.

L'examen du système nerveux montre un ramollissement des cordons antérieurs de la moelle (D6-D8), des cordons antéro-latéraux et des cornes antérieures (D9-D12) et au niveau de L1 une lésion transverse. La lésion a tous les aspects du ramollissement. On ne trouve pas de thrombose des vaisseaux médullaires. Il existe des modifications des vaisseaux de l'ordre de l'artériosclérose : athérome de l'aorte, hyalinisation des petits vaisseaux intramédullaires.

Les auteurs remarquent la rareté des accidents vasculaires de la moelle, par rapport à leur grande fréquence dans les cerveaux, et soulignent l'analogie qui existe entre les troubles fonctionnels des deux organes.

M. LECONTE.

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 30 Janvier 1937

Présidence : M. Fr. NYSSSEN, président

Le régime des aliénés dans quelques pays d'Europe, par M. Fr. NYSSSEN (Discours présidentiel).

Après un bref aperçu historique de l'assistance aux malades mentaux en Belgique, l'auteur évoque le projet de loi actuellement à l'étude, et le problème des services ouverts. Il compare le régime des aliénés dans divers pays, notamment la Suisse, la Hollande, l'Allemagne, l'Autriche, la France, l'Angleterre, au point de vue des formalités d'entrée et de sortie des malades dans les asiles et dans les services ouverts, des mesures de surveillance de ces établissements, de l'intervention des autorités judiciaires et administratives dans le contrôle des asiles publics, des maisons de santé privées, des œuvres de bienfaisance.

Les conceptions à ces divers sujets sont parfois très différentes d'un pays à l'autre et leur étude objective présente un grand intérêt pour le psychiatre et le législateur.

La simplification des formalités d'admission, la mise en observation provisoire du malade sans formalités, un respect plus parfait du secret professionnel, la sortie précoce de l'asile avec surveillance sociale du malade, la possibilité d'un recours du médecin à une autorité supérieure dans le

cas où la sortie d'un malade dangereux est exigée par la famille, la limitation des formalités d'internement aux cas relativement peu nombreux où elles sont véritablement nécessaires, le développement des services ouverts, qui devraient être rendus plus accessibles aux malades indigents, telles sont les principales réformes à étudier en vue d'une législation nouvelle.

Catalepsie insulinaire réglable chez la souris, par MM. DIVRY et EYHARD.

De nombreux essais de catalepsie expérimentale ont été réalisés au moyen de diverses méthodes, que les auteurs passent rapidement en revue, et qui démontrent que les états de stupeur ou d'inertie psycho-motrice constituent dans le domaine expérimental — comme d'ailleurs chez l'homme — un mode de réaction très générale du système nerveux, mode de réaction répondant à des agressions toxiques extrêmement diverses.

Les auteurs montrent que l'injection de doses convenables d'insuline est capable de déterminer chez la souris un stade d'inertie, de stupeur psycho-motrice typique, caractérisé essentiellement par la coexistence d'un état cataleptique et d'un maintien parfait des mécanismes automatiques d'équilibration. Cette inertie spéciale est tout à fait comparable à celle que provoquent des doses moyennes de bulbo-capnine.

Lorsque ce stade est dépassé et que surviennent le coma et les convulsions, l'administration de glucose ramène rapidement l'état cataleptique optimum, lequel peut se maintenir longtemps. On peut ainsi régler à volonté l'intensité de l'intoxication insulinaire.

Certains aspects du syndrome neurologique du choc insulinaire de l'homme sont comparables aux phénomènes de catalepsie insulinaire expérimentale.

Paranoïa chez un intellectuel, par M. CONREUR.

Relation détaillée du cas d'un homme de 40 ans, sans antécédents héréditaires pathologiques, qui fut toujours un hyper-émotif et un timide, et chez lequel on vit se développer progressivement un délire de persécution à base uniquement interprétative, avec conservation de l'intelligence. L'auteur attire l'attention sur le fait que dans certains cas de « folie raisonnante », les éléments de la constitution paranoïaque classique peuvent manquer. Malgré l'intensité des convictions délirantes et certaines tendances querulantes, le fonds mental du sujet est celui de la psychasthénie et de l'hyperémotivité constitutionnelle, plutôt que de la paranoïa.

J. LEY.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Réunion commune de la Société Belge de Neurologie et de la Société Belge de Pédiatrie

Réunion du Samedi 30 Janvier 1937

Présidence : M. BORREMANS, président de la Société de Pédiatrie

Cette séance commune des Sociétés belges de Neurologie et de Pédiatrie était consacrée à l'étude de l'*encéphalite vaccinale postjennerienne*, et fut honorée de la présence de M. le D^r VAN BOUWDIJK-BASTIAENSE, de La Haye.

Introduction générale à l'étude de l'*encéphalite vaccinale*,
par Ludo Van BOGAERT.

L'auteur fait l'histoire de la question et expose les caractères cliniques, épidémiologiques et anatomo-pathologiques de l'*encéphalite vaccinale*.

La lésion essentielle consiste en une désintégration périvasculaire, et surtout périveineuse, de la substance blanche. Au point de vue clinique comme au point de vue anatomique, la maladie est bien individualisée et doit être distinguée de l'*encéphalite grippale*, de la *polyomyélite aiguë*, de l'*encéphalite léthargique*. L'étiologie de l'affection est encore inconnue mais certains arguments militent en faveur de l'intervention d'une réaction allergique du système nerveux.

Encéphalo-myélite vaccinale chez un adulte. Présentation du malade,
par M. J. MAGE.

Il s'agit d'un soldat de 20 ans, revacciné au moment de son entrée à l'armée (une première vaccination faite à 9 ans était restée sans résultat). A la même époque, le sujet subit une vaccination antityphique. Huit jours après la vaccination jennérienne, il présente un aspect phlegmoneux du bras avec fièvre et céphalées. Au 13^e jour, il participe néanmoins à une course à pied, qu'il gagne. Le lendemain s'installe une paraplégie complète avec

troubles sensitifs, troubles sphinctériens, parésie transitoire des membres supérieurs, fièvre hectique. Actuellement, il persiste comme séquelles une paraparésie spastique avec signe de Babinski. L'auteur discute la relation possible entre l'éclosion des accidents et le surmenage médullaire d'une part, l'état allergique dû à la vaccination antityphique d'autre part.

Cas personnels d'encéphalite vaccinale, par M. MEUNIER.

L'auteur décrit la symptomatologie de l'affection et cite deux cas personnels. Le premier concerne un nourrisson de six mois, dont la vaccination avait été retardée de quinze jours en raison de convulsions survenues à la suite d'un sevrage maladroit. Sept jours après la vaccination, l'enfant fait un peu de fièvre, puis brusquement présente des convulsions violentes, rebelles à tout traitement, et qui ne cèdent qu'à la narcose. Le liquide céphalo-rachidien est normal. Le décès se produit en hyperthermie, dix-huit heures après le début des accidents.

Le deuxième cas est relatif à une enfant de treize mois, qui onze jours après la vaccination et alors qu'elle avait été atteinte d'une varicelle très violente, présente des convulsions généralisées, puis prédominantes à droite, avec hémiparésie et parésie faciale droite. Elle s'améliore progressivement, mais le bras reste parésié.

Les antécédents convulsifs récents dans le premier cas et varicelleux dans le second, sont à retenir pour l'interprétation des accidents.

Encéphalopathie postvaccinale. Symptomatologie clinique. Séquelles, par M. DAGNELIE.

Il s'agit d'une enfant de huit mois qui, sept jours après la vaccination jennérienne, présente de la fièvre et une éruption urticarienne apparaissant au moindre contact de la peau. Ces symptômes s'amendent, puis au douzième jour la température remonte, on observe des alternatives de somnolence et d'agitation, du myosis avec aréflexie pupillaire, abolition des réflexes abdominaux, parésie faciale, signe de Babinski, rétention urinaire. Cet état s'améliore rapidement, puis la parésie faciale et l'agitation réapparaissent neuf mois plus tard à l'occasion d'une pharyngite purulente. Actuellement il persiste un état d'agitation nocturne et des troubles du caractère.

L'éruption urticarienne, le début brusque des accidents et leur guérison rapide, plaident en faveur de l'intervention d'un phénomène allergique.

Anatomie pathologique de l'encéphalite vaccinale, par M. Van BOUWDIJK-BASTIAENSE.

L'auteur communique les statistiques établies en Hollande par la Commission spécialement chargée du dépistage des cas d'encéphalite vaccinale. Il en résulte que la grande majorité des cas, et tous les cas mortels, concernent des enfants qui ont été vaccinés après l'âge de 2 ans. La première vaccination doit donc être pratiquée avant cet âge, et de préférence vers le 6^e mois.

Les lésions anatomiques ont une prédilection marquée pour la substance blanche, ce qui explique la fréquence et l'intensité des signes pyramidaux. Elles consistent en une infiltration périvasculaire et surtout périveineuse,

plus importante que dans l'encéphalite épidémique et formée de cellules gliales plutôt que de cellules hématogènes. La substance grise n'est pas indemne, mais l'infiltration y est plus discrète, et les cellules nerveuses restent pour la plupart intactes. C'est l'inverse de ce qui s'observe dans l'encéphalite épidémique. Dans la zone périvasculaire infiltrée il y a démyélinisation des fibres. L'auteur compare ces lésions à celles qu'on observe dans les autres formes d'encéphalite par maladies éruptives.

Etude anatomo-clinique d'un cas d'encéphalite vaccinale,
par M. Van GEUCHTEN.

Relation du cas d'un enfant de six ans qui, onze jours après la vaccination, présenta une fièvre élevée avec somnolence, réactions méningées, et qui succomba dans le coma au sixième jour de l'affection. L'étude histologique montre les lésions typiques de la substance blanche avec infiltrations gliales périveineuses, sans réaction des parois vasculaires. Il existe en outre dans ce cas une dilatation énorme des gaines périvasculaires, qui contiennent des cellules hématogènes et des corps granuleux, résultant de troubles circulatoires surajoutés et rappelant les lésions de l'encéphalite grippale.

Etude anatomo-clinique d'un cas d'encéphalite vaccinale, par M. KORREN.

Il s'agit d'un enfant de dix ans, déjà vacciné sans incidents à cinq ans, présentant des antécédents névropathiques héréditaires et personnels, et qui douze jours après une seconde vaccination, présente de l'agitation, de la fièvre, puis entre dans le coma avec des symptômes de paraplégie et de réaction méningée très intense. Le décès survient après trois jours.

L'examen anatomique montre l'infiltration périveineuse microglie localisée à la substance blanche, avec forte démyélinisation de la zone infiltrée, malgré la rapidité de l'évolution clinique. Il est possible qu'il y ait eu simple refoulement des fibres myéliniques par l'exsudat.

L'auteur rapporte un second cas dont l'évolution fut bénigne, et insiste sur l'importance du terrain héréditaire et constitutionnel, comme facteur prédisposant aux accidents postvaccinaux.



A la suite de la discussion à laquelle prirent part MM. Cohen (de Bruxelles), Philips (d'Anvers), Borremans (de Bruxelles), Van Bouwdijk-Bastiaense (de La Haye), Massart (de Liège), Meunier (de Bruxelles) et Dagnélie (de Bruxelles), M. Ludo van Bogaert (d'Anvers) dégaga les conclusions du débat, attirant l'attention sur le fait que dans tous les cas relatés au cours de cette séance, des facteurs prédisposants à caractère de choc ont pu être mis en évidence ; sur la brusquerie de l'invasion et aussi de la guérison lorsqu'elle se produit ; sur le caractère relativement bénin des séquelles malgré l'importance des troubles neurologiques observés ; sur l'individualité très nette du tableau clinique et anatomique. Ne fait pas une encéphalite vaccinale qui veut : il faut surseoir à la vaccination dans certains cas, surtout lorsqu'il y a eu des manifestations convulsives récentes ou des états allergiques, tenir compte des facteurs d'allergie saisonnière et ne pas vacciner au printemps, ne pas vacciner des enfants qui sortent d'un exanthème ou d'une affection du tube digestif. La première vaccination doit être pratiquée entre le 4^e et 6^e mois.

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

THÉRAPEUTIQUE

Remarques sur les traitements actuels de la paralysie générale, par A. SÉZARY. *La Presse Médicale*, n° 60, pp. 1217-1208, 27 juillet 1935.

La malariathérapie n'aurait pas sur le traitement chimique et sur les autres formes de pyrétothérapie les avantages qu'on s'était plu à lui reconnaître au début de son application. M. Sézary commence la cure par le stovarsol et note que si l'amélioration n'est pas obtenue par ce traitement, il y a peu de chances pour que la pyrétothérapie donne des résultats satisfaisants.

P. CARRETTE.

Démence paralytique. Résultats du traitement par la tryparsamide (*Dementia Paralytica. Results of Treatment with Tryparsamide*), par Harry C. SOLOMON et Samuel H. EPSTEIN. *Archives of Neurology and Psychiatry*, T. XXXIII, n° 6, pp. 1216-1231, juin 1935.

La tryparsamide continue à jouir aux Etats-Unis d'une grande popularité. Il faut noter avec quelle persévérance les auteurs appliquent le traitement. Certains malades ont été suivis pendant 7, 8, 10 ans même, et ont reçu jusqu'à 250 injections. Les améliorations cliniques et sérologiques des différentes formes de paralysie générale sont obtenues, parfois après échecs d'autres cures par les sels de mercure et de bismuth, ou par les arsenicaux. La malaria est associée dans certaines formes rebelles et la combinaison avec la tryparsamide apparaît à MM. Salomon et Epstein comme le traitement de choix.

P. CARRETTE.

Résultats du traitement par la tryparsamide d'une série de 81 cas de paralysie générale (*Results of Treatment with Tryparsamide in a Series of 81 Cases of General Paresis*), par Harry C. SOLOMON et Samuel H. EPSTEIN. *Boston Society of Psychiatry and Neurology in The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXI, n° 5, pp. 560-562, mai 1935.

La tryparsamide continue à servir d'agent thérapeutique efficace dans la paralysie générale. Les auteurs notent que les rémissions cliniques et sérologiques ne paraissent pas obéir à des règles fixes. Dans deux formes simi-

laïres, la tryparsamide agira dans un cas et sera sans effet dans l'autre. Après plusieurs séries d'injections apparemment inutiles, on a pu observer une amélioration sensible par l'impaludation. Par contre, la tryparsamide provoquera la rémission d'un cas résistant à la malaria. Les deux traitements se combinent et se complètent donc très heureusement. Ils permettent, dans 72 % des cas, d'obtenir, sinon une rémission certaine, du moins un arrêt d'évolution du processus pathologique.

P. CARRETTE.

Recherches sur le problème de la réadaptation sociale des paralytiques généraux traités par la pyrétothérapie (Untersuchungen zur Frage der sozia en wie lereingliederung fieberbehandelter Paralytiker), par Wolfram KURTH (de Berlin). *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 93, 3, 1936.

L'auteur ne partage pas le scepticisme de certains médecins quant au résultat social de la pyrétothérapie de la paralysie générale. Son enquête qui a porté sur 2.924 cas, a montré que 28,5 pour cent des malades ont pu reprendre leurs occupations antérieures ou une situation égale, parfois supérieure ; quelques-uns ont réussi, après la cure, à améliorer, par leur effort, leurs conditions d'existence.

E. BAUER.

Paralytique général octogénaire impaludé à 70 ans (Paralitico ottantenne malarizzato a se ttant'anni), par Cristoforo Rizzo (Messine). *Rivista di Palo, nerv. e mentale*, p. 460, à 491, mai-juin 1936.

Observation d'un homme ayant contracté la syphilis à 62 ans, ayant présenté au cours de l'année même de sa contagion une paralysie de la VII^e paire à gauche par méningite basilaire gommeuse et 9 ans après les signes de paralysie générale. La malariathérapie associée à une cure spécifique a obtenu une rémission complète et dure jusqu'à ce jour (il a 80 ans). Des considérations sur l'âge de la contagion, la durée de l'incubation et la paralysie générale sénile complètent l'article. Bibliographie.

Henri Ex.

Démence paralytique. Résultats du traitement par la malaria associée avec les autres formes thérapeutiques (Dementia Paralytica. Results of Treatment with Malaria in Association with other Forms of Therapy), par H. C. SOLOMON et S. H. EPSTEIN. *Archives of Neurology and Psychiatry*, T. XXXIII, n° 5, pp. 1008-1021, mai 1935.

Les statistiques de traitement de la paralysie générale par la malaria comprennent des cas de démences avancées et d'états cachectiques amenés à une rémission impressionnante. Toutefois, ce n'est pas la règle et l'impaludation doit être tentée chez des sujets en bonne condition physique pour donner — en général — les résultats espérés. MM. Solomon et Epstein estiment en effet que la valeur de la rémission doit être jugée en elle-même par rapport à la récupération sociale, à sa précocité et à sa durée. On doit bien reconnaître alors qu'il est imprudent de temporiser et que tous les traitements reconnus utiles doivent être adjoints à la malaria. Leur association donne des résultats plus satisfaisants que l'impaludation seule.

P. CARRETTE.

Contributions statistiques sur la malariathérapie dans la syphilis nerveuse au cours de l'année 1935, dans le Service Neurologique, par D. PAULIAN, C. FORTUNESCO et M. TUDOR. *Bulletin de la Société de Psychiatrie de Bucarest*, Tome I, année 1936.

Statistique faite dans le service des auteurs durant l'année 1935 et portant sur 135 malades. Les résultats renforcent la conviction des auteurs en l'incontestable valeur thérapeutique de cette méthode : 97 malades ont fait des accès typiques ; il n'y eut que deux décès ; les bénéficiaires du traitement ont été au nombre de 76, soit 69,07 %.

M. LECONTE.

Malariathérapie de la chorée de Sydenham, par V. GILLOT, Professeur de clinique médicale infantile d'Alger et R. DENDALE, Chef de clinique infantile d'Alger (Présentation faite par M. Béclet). *Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 9 juin 1936.

Les auteurs ont toujours obtenu la guérison de la chorée de Sydenham, quelle que soit la forme clinique, par la malariathérapie. Ils emploient comme souche le plasmadium vivax. L'amélioration, puis la guérison, se produisent au bout de 8 ou 10 accès.

M. LECONTE.

Les types exogènes de réactions mentales dans la malariathérapie, par le professeur agrégé P. F. MALKIN (*Sovietskaia Psichonevrologiia*, T. X, nos 4-5, 1935, p. 242-247).

Sur un matériel de 1.200 inoculations de fièvre tierce au cours de troubles psychiques de diverses natures, l'auteur fait les constatations suivantes : 1° L'inoculation de la fièvre tierce chez des personnes saines ne produit aucune réaction mentale. 2° Les formes exogènes de réactions sont subordonnées à l'état de l'encéphale. Elles sont assez fréquentes chez les paralytiques généraux et s'expliquent par les altérations du névraxe dues à cette maladie. 3° La pauvreté des propriétés réactives du cerveau des paralytiques généraux et la bénignité de l'infection surajoutée expliquent la rareté relative et l'uniformité des réactions. 4° En dehors des formes exogènes de réactions chez les paralytiques généraux traités par la malariathérapie, il n'est pas rare d'observer des altérations psychiques dues aux altérations cérébrales propres à la maladie en cause qui leur imprime un caractère spécial. L'auteur souligne l'importance de l'étude du rôle et de la signification des réactions exogènes au cours de la paralysie générale, surtout dans les formes cliniques qui revêtent des caractères schizophréniques.

FRIBOURG-BLANC.

Le problème de la contagion naturelle de la malaria inoculée (El problema del contagio natural de la malaria inoculada), par J. A. SENPAU et L. VALENCIANO. *Archivos de Neurobiologia*, T. XV, n° 2, pp. 213-249, 1935.

Les études de Gertsman et de Cuboni sur l'impaludation thérapeutique mentionnaient déjà cette grave question de la contagion par les anophèles

de la malaria. Les opinions restent partagées et les controverses se poursuivent. Les pays nordiques, protégés naturellement, s'en soucient médiocrement. Pour les régions où sévit la malaria, notamment en Italie et en Espagne, on comprend tout l'intérêt que les auteurs portent au point de vue épidémiologique de la thérapeutique nouvelle.

MM. Sempau et Valenciano cherchent à préciser les données du problème à propos de l'épidémie récente de Huesca qui paraît bien avoir son origine dans le service psychiatrique provincial, centre actif de la malarithérapie. Que la transmission soit imputable aux sujets impaludés ou à ceux qui fournissent le sang, le fait important c'est le réveil des fièvres anciennes et l'éclosion de cas nouveaux. En supposant même l'impossibilité de la contagion par le sujet impaludé, les mesures de sécurité suivantes s'imposent : utilisation en thérapeutique d'une race de parasites sans formes sexuées, contrôles répétés du laboratoire, protection mécanique contre les anophèles, limitation de la malarisation aux hôpitaux urbains, maintien du malade dans l'établissement quatre semaines après la fin de la période fébrile.

P. CARRETTE.

Delirium tremens déclenché par une injection d'arsénobenzène, par P. DOROLLE. *Bulletin de la société Médico-chirurgicale de l'Indochine*, novembre 1935.

Il s'agit d'un cas de delirium tremens typique, guéri en 6 jours, avec persistance du tremblement et d'un pouls rapide, chez un éthylique avéré.

L'étude des antécédents montre que cette crise a été déclenchée par une injection d'arsénobenzol. La syphilis a été contractée en 1932. Récemment a été commencée une série de novarsénobenzol avec céphalée à la 3^e injection. Les suivantes sont maintenues au taux de 0 gr. 60. Après la 7^e, malaise, puis agitation avec onirisme atteignant son acmé en 3 jours.

Des accès confusionnels ou des cas de delirium tremens ont déjà été signalés après injection d'arsénobenzènes. Pour les uns il s'agirait de réactions individuelles d'intolérance, pour d'autres, de mise en liberté d'une intoxication latente sous l'influence d'un choc.

En pratique, il faut se souvenir du danger des arsénobenzènes chez les éthyliques.

M. LECONTE.

Etude d'une névrose expérimentale induite par hypnose dans un cas d'éjaculation précoce (A Study of an Experimental Neurosis Hypnotically Induced in a Case of Ejaculatio Praecox), par Milton H. ERICKSON. *The British Journal of Medical Psychology*, T. XV, n° 1, pp. 34-50, 10 avril 1935

La présente observation soulève le problème de la thérapeutique des névroses par transformation expérimentale. Le sujet, obsédé, atteint des troubles génitaux caractérisés par l'impuissance relative qu'entraîne l'éjaculation précoce, est soumis au cours de l'hypnose à une suggestion qui aboutit à la création d'une nouvelle névrose. L'évolution rapidement favorable de cette névrose expérimentale entraîne la guérison. M. Erickson insiste sur la nécessité de choisir un thème d'induction qui puisse être conduit parallèlement à la névrose primaire et qui la symbolise.

P. CARRETTE.

Sur une amélioration de la cure par la narcose prolongée en psychiatrie, (Ueber eine Verbesserung der psychiatrischen Dauernarkosebehandlung), par M. CLOETTA et H. W. MAIER (de Zurich). *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 150^e volume, fasc. 1^{er} 1934.

La méthode mise au point par les auteurs consiste en l'administration, par voie rectale, d'une composition complexe, représentant un mélange optimum des hypnotiques des divers groupes. Un centimètre cube contient : Paraldehyde : 0,4864 ; hydrate d'amylène : 0,1593 ; hydrate de chloral : 0,1157 ; alcool à 92 % : 0,1747 ; acide isopropylallylbarbiturique (somniafène) : 0,0409, en outre du digalène et de l'éphédrine. La dose employée est de 0,15 cmc. par kilogramme-poids, le médicament est dilué soit dans 10 volumes d'une solution de chlorure de sodium à 5 p. mille, soit d'une solution de glucose à 4 p. cent, additionnée de bicarbonate de soude à 1 p. mille. L'administration est répétée 3-4 fois par jour au début du traitement, 2 fois suffisent ensuite, la cure totale dure 8 à 10 jours. L'alimentation pendant le traitement consiste exclusivement en l'administration, par voie rectale, de 400 cmc., toutes les 3-4 heures, de solution glucosée à 5 p. cent et une fois par jour de 400 cmc. de sérum physiologique, ce qui représente 2.000 à 3.000 cmc. de liquide par jour.

Cette méthode réduit au minimum les risques de la cure par le sommeil prolongé, à condition toutefois d'une surveillance rigoureuse de l'état général et d'un choix judicieux des cas à traiter. L'existence d'une affection organique, celle d'un état infectieux, la dénutrition sont des contre-indications. L'isolement dans une chambre, et dans un milieu calme, est indispensable ; l'action psychothérapique méthodique instituée dès la fin de la cure narcotique, est un facteur capital de son efficacité. Les malades réagissant le plus favorablement au traitement sont ceux présentant un appoint maniaque ou dépressif et ceux se trouvant à la fin d'une phase active du processus schizophrénique, lorsque les signes d'activité du processus montrent déjà une tendance à s'atténuer. Trois exemples cliniques avec résultats favorables ainsi que la copie d'une feuille de cure illustrent la technique du traitement et son efficacité.

E. BAUER.

Le dynamisme psychique de la cure du sommeil prolongé, dans la schizophrénie (Die psychische Dynamik der Schlafkur bei Schizophrenen), par M. BOSS. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXVI, 2, 1935.

Malgré la diminution considérable des risques, due aux médications modernes et aux améliorations de technique (Cloetta et H. W. Maier), la thérapeutique par le sommeil prolongé est toujours très discutée. Son efficacité est niée par beaucoup d'auteurs. Parmi les causes d'échec, il faut compter le choix mauvais des malades soumis au traitement ; ce choix ne dépend pas tant de la forme clinique que de considérations psychologiques. L'auteur a obtenu des résultats très favorables dans toutes les formes de schizophrénie, et il rapporte, pour chacun des 4 sous-groupes, un exemple. L'observation psychologique méthodique, avant et après la cure, met en relief ses mécanismes psychologiques d'importance capitale. Elle rétablit, grâce à une différenciation et une détente profonde et prolongée, les forces énergétiques du moi éveillé, adapté à la réalité, instance psychique supérieure, organe fonctionnel hautement différencié, dont la différenciation et le maintien nécessitent une dépense d'énergie considérable. Chez le

sujet sain, le sommeil normal permet le renouvellement de cette énergie, chez le schizophrène le rythme normal du sommeil ne suffit plus à cette tâche. Ces notions sont importantes, non seulement pour l'institution de la cure elle-même, mais également pour la psychothérapie consécutive.

E. BAUER.

Application expérimentale de la lysothérapie et particulièrement de la cérébrolysine dans la schizophrénie, par le professeur W. K. CHOROSKO, M^{me} P. S. ALEXANDROWA et L. N. PIATNITSKAIA (*Sovietskaia Nevropatologuia Psichiatra i Psichogiiena*. T. IV, fasc. I, 1935 p. 15-28).

Les expériences des auteurs démontrent que les cérébrolysines appliquées au traitement des formes calmes de schizophrénie peuvent donner des améliorations. Ces améliorations peuvent être observées, non seulement chez des malades présentant des formes chroniques ou cycliques, mais également dans des cas aigus. L'étude comparative des améliorations réalisées à l'aide de cérébrotoxines et de cérébrolysines, donne l'impression que les cérébrotoxines exercent une action positive plus profonde sur l'évolution de la psychose, tant au point de vue clinique que biologique. L'expérimentation basée sur quatre années d'étude démontre que la positivité des résultats est aidée activement par l'emploi des extraits de glandes endocrines.

FRIBOURG-BLANC.

Contribution au traitement de la schizophrénie (Contribuição para o tratamento da esquizofrenia), par Virgílio CAMARDO PACHECO. *São Paulo Médico*, T. II, n° 2, pp. 65-86, août 1935.

L'auteur passe en revue les travaux récents sur les relations supposées entre la tuberculose et les syndromes schizophréniques. Il cherche à obtenir des résultats pratiques, d'ordre thérapeutique, en utilisant un vaccin atoxique, produit de la désintégration totale du bacille de Koch dans 50 cas de schizophrénie. Il renforce l'action du vaccin par l'administration par voie orale de sang de chevaux traités avec les formes d'attaque les plus actives du bacille tuberculeux. Même dans les cas anciens, apparemment fixés, quelques rémissions totales furent enregistrées.

P. CARRETTE.

La pyrétothérapie soufrée associée aux sels d'or dans le traitement de certaines démences précoces, par H. CLAUDE et J. DUBLINEAU. *Le Monde médical*, n° 869, pp. 857-863, 1^{er}-15 septembre 1935.

Les auteurs admettent qu'un certain nombre de faits solidarisent les notions de tuberculose et de démence précoce. Il ne s'agit pas toujours d'un processus bacillaire évolutif. On retrouve la tuberculose dans les antécédents ou chez les collatéraux. Le traitement associé : huile soufrée-sels d'or est justifié et les résultats sont satisfaisants. Les réactions locales et générales permettent de juger rapidement la capacité de défense du sujet. MM. Claude et Dublineau tiennent compte des rémissions spontanées et de l'évolution par poussées des états psychopathiques d'allure démentielle, mais ces considérations ne doivent pas faire perdre de vue le profit que le malade peut tirer d'une intervention thérapeutique qui paraît confirmer des améliorations durables et nombreuses.

P. CARRETTE.

Aperçu à distance sur les résultats de la sulfothérapie dans les formes chroniques de la démence précoce, par PESERICO. *Rassegna di Studi Psichiatrici*, février 1936.

En 1931, l'auteur avait traité par cette méthode 40 démences précoces : paranoïdes, hétérophréniques, catatoniques, toutes à forme chronique. Il avait obtenu 25 % d'améliorations : surtout caractérisées par une diminution de l'agitation et une rémission des troubles psycho-sensoriels. Toutes ces malades améliorées par la sulfothérapie, retrouvées après 4 ans, avaient rechuté, et cela sans exception.

Paul ABÉLY.

Le traitement d'Aschner dans la schizophrénie (The Aschner Treatment of Schizophrenia), par Kenneth E. APPEL, Clifford B. FARR et Francis Y. BRACE-LAND. *The American Journal of Psychiatry*, T. XCII, n° 1, pp. 201-206, juillet 1935.

Pour Aschner, médecin viennois, l'échec thérapeutique est inévitable avec les méthodes unilatérales. La maladie est un désordre qui touche plus ou moins tout l'organisme. La schizophrénie n'est pas un trouble cérébral et si l'on envisage l'ensemble des contributions apportées à son étude on constate que, psychologiquement et biologiquement, tous les systèmes sont déréglés. Aussi le projet de traitement les explore et tente de rétablir leur fonctionnement sans en omettre un seul : désintoxication générale et correction des désordres neuro-végétatifs, réactivation circulatoire, libération digestive totale, recherche de l'équilibre glandulaire, etc... Les examens de laboratoire se multiplient et se répètent, fournissant de nombreuses indications thérapeutiques.

La présente communication montre la méthode appliquée systématiquement pendant des mois à 14 schizoïdes récents. Une amélioration appréciable est obtenue pour cinq patients. Résultat décevant à propos duquel les auteurs font très justement observer qu'il est impossible de tirer des conclusions. Un partisan convaincu d'une méthode si imprécise dans ses limites, si variable dans ses applications individuelles n'aurait aucune peine à démontrer qu'elle n'a pas été exploitée avec assez d'énergie, assez de discernement, assez de persévérance, tandis qu'un adversaire du système d'Aschner soulèverait devant un cas rebelle le diagnostic de délire entretenu et renforcé par le traitement chez un hypochondriaque et devant un cas favorable, celui de psychose périodique.

P. CARRETTE.

Insuline et Schizophrénie, par M. GROSS (de Rangins). *Journal Suisse de Médecine*, n° 29, 1936

L'auteur a étudié les réactions somatiques et biologiques au cours de la cure par le choc insulinaire. Pour les détails des constatations faites, il est indispensable de consulter le texte original. Quant au mécanisme de l'action thérapeutique, ce n'est pas l'abaissement du taux de la glycémie qui représente le facteur essentiel. Les modifications sanguines constatées pendant le choc orientent vers des hypothèses faisant intervenir soit la leucocytose, soit l'hypéradrénalinémie, soit l'abaissement du taux du phosphore. On peut même se demander si c'est bien l'insuline qui agit ou si ce n'est pas une autre substance contenue dans les préparations insulinales.

E. BAUER.

L'insuline dans la stupeur catatonique (Insulin in Catatonic Stupor), par CHARLOTTE MUNN. *Archives of Neurology and Psychiatry*, T. XXXIV, n° 2, pp. 262-269, août 1935.

L'insuline exerce une réactivation physiologique importante, utilisée avec succès dans nombre d'états psychopathiques accompagnés de troubles de la nutrition. Mme Munn note que les résultats n'ont pas couronné ses tentatives dans des cas variés, notamment dans cinq cas de stupeur catatonique où l'insuline a été administrée à la dose quotidienne de 30 unités pendant 40 jours.

P. CARRETTE.

Le traitement de la schizophrénie par le dinitrophenol et le 3.5 dinitro-orthocresol (The Therapeutic Use of Dinitrophenol and 3.5 Dinitro-Ortho-Cresol in Schizophrenia), par J. M. LOONEY et R. C. HOSKINS. 90^e Meeting Annual de l'*American Psychiatric Association*, New-York, 28 mai-1^{er} juin 1934, in *The American Journal of Psychiatry*, T. XCI, n° 5, pp. 1009-10. 7, mars 1935.

Le ralentissement des combustions est habituel chez les schizophrènes. On relève l'activité des oxygénations par le dinitrophénol à la dose de 3 ou 4 mmgrs. par kilogr. ou le 3.5 dinitro-ortho-cresol à des doses un peu inférieures. Certains métabolismes tendent à se modifier dans un sens favorable. La perte de poids est surveillée. En dehors de l'action sur la peau et la sclérotique, qui prennent une coloration jaune quand le traitement se prolonge, on n'observe pas d'effets nocifs, notamment aucun signe de souffrance du foie. L'amélioration psychique ne paraît pas suivre nettement les modifications biologiques.

P. CARRETTE.

L'amaigrissement par le dinitrophénol : ses dangers pour le germe, par JOSEPHSON, E. M., CAMERON, G. et FREIBERGER, M. (*Genetic dangers of dinitrophenol reduction therapy*) (*Eugenical News*, vol. XXI, n° 2, mars-avril 1936, p. 31).

Courte note résumant des recherches expérimentales. Deux des auteurs ont observé le cas d'une femme, qui donna naissance à deux jumeaux, l'un anophtalmique, l'autre avec une microphthalmie unilatérale, tous les deux avec des déformations des os de la face.

J. DELMOND.

Nouvelles recherches sur le traitement des états maniaco-dépressifs Weitere Untersuchungen über die Behandlung manisch-depressiver Zustände, par HELGI TOMASSON (de Reykjavik). *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 93, 6, 1936.

L'auteur a continué ses essais de traitement des états mélancoliques par le jaborandi, sous forme d'infusion ou d'extraît fluide. Des résultats favorables ont été obtenus dans des cas d'intensité légère ; dans les autres, la méthode a été inefficace. Dans les états maniaques, l'auteur donne des injections d'acétylcholine (1 à 6 par jour à la dose de 0,10 ou 0,20 centigrammes chacune), combinées avec des doses variables et répétées d'éphédrine (2 à 6 fois 0,01 à 0,05 centigrammes). Les résultats sont des plus encourageants.

la durée moyenne des accès est considérablement écourtée, jusqu'au tiers dans certains cas. Il est possible de tenter une explication du mécanisme d'action de cette méthode. En effet, chez les maniaques, il existe généralement une hypo-excitabilité amphotrope du système végétatif et une élévation du quotient CaNa dans le sérum sanguin. L'éphédrine agissant comme excitant du sympathique, et l'acétylcholine provoquant une diminution du quotient CaNa, l'amélioration psychique pourrait donc résulter du rétablissement de l'équilibre neurovégétatif et de celui des électrolytes sanguins.

E. BAUER.

L'action de l'hématoporphyrine dans les syndromes dépressifs psycho-organiques, par J. VINCHON. *Le Progrès médical*, n° 45, pp. 1795-1796, 9 novembre 1935.

Les nouvelles recherches de M. Vinchon montrent l'importance des perturbations de l'équilibre acido-basique au cours des syndromes dépressifs avec troubles physiques, migraines, accès convulsifs, asthme. L'hématoporphyrine corrigerait les tendances à l'alcalose, caractéristique physiopathique de ces formes mélancoliques. Elle contribuerait à augmenter la valeur globulaire des déprimés généralement atteints d'anémie légère. L'amélioration de l'état humoral et mental exige une action thérapeutique surveillée, l'intégrité relative du foie et la suppression de calmants, tels le sulfonal, qui gênent l'assimilation de l'hématoporphyrine ou activent son élimination.

P. CARRETTE.

Traitement des états dépressifs par les polycamphosulfonates, par M. MONTASSUT et M^{lle} LEMAIRE. *Le Progrès médical*, n° 45, pp. 1786-1789, 9 novembre 1935.

La thérapeutique par les sels de calcium et de magnésium, par les protéines, par l'uroformine a été remplacée avantageusement dans les états dépressifs. En injection et en ingestion, M. Montassut et Mlle Lemaire utilisent les polycamphosulfonates. Ils signalent les résultats importants obtenus dans la psychose maniaque-dépressive et la dépression constitutionnelle, tandis que les mélancolies profondes à la période d'état se montrent beaucoup plus résistantes au traitement.

P. CARRETTE.

Traitement de l'amaigrissement des psychoses (On the Prevention of Loss of Weight in the Psychoses), par Isidore FINKELMAN. *The American Journal of Psychiatry*, T. XCII, n° 2, pp. 407-411, septembre 1935.

La perte de poids est un signe fréquent de la période aiguë des psychoses. Elle inquiète souvent l'entourage. Elle résulte de l'agitation, de la perte d'appétit et de troubles de l'assimilation. M. Finkelman montre que l'amaigrissement est lié à la déshydratation. Il propose l'administration d'une solution contenant 6 % de gélatine, 3 % de dextrose et 0,5 % de chlorure de sodium. Une amélioration de l'état physique suivrait rapidement la fixation d'eau par les tissus dans les cas favorables. Un examen parallèle des divers équilibres physiologiques renseignerait sur le caractère rationnel du traitement et sur les conditions des rémissions globales enregistrées.

P. CARRETTE.

Opothérapie et troubles psychiques, notamment à propos de quelques psychopathies infantiles (Opoterapia e turbe psichiche con postcolare riguardo ad alcune psicopatie infantile), par Franco GRANONE (Bologne). *Neop. ychiatr. a.*, p. 1 à 119, janvier-février 1936.

Cet important mémoire traite avec ampleur des relations pathologiques endocrino-psychiques et de leurs conséquences thérapeutiques, notamment en psychiatrie infantile. Dans un premier chapitre, Granone étudie l'interaction des glandes endocrines entre elles et leur dépendance à l'égard du système nerveux. Il existe aussi un biochimisme nerveux profondément intégré dans l'activité hormonale. C'est ce biochimisme nerveux qui est étudié dans le deuxième chapitre, particulièrement intéressant. Il insiste sur les expériences de Patrizi (Recherches sur l'activité nerveuse des chiens à circulation croisée) et ne pense pas qu'elles s'opposent à une conception humorale de l'énergie nerveuse, qui se représente l'activité nerveuse comme une activité sécrétoire et électrique, se propageant à distance à travers un conducteur spécifique ; elles montrent seulement qu'il n'y a pas de transit hormonal sanguin. C'est à une conception chimio-électrique de l'activité du neurone que vont les préférences de l'auteur après un aperçu critique de diverses doctrines.

Dans le troisième chapitre, M. Granone tente d'établir les corrélations physiologiques neuro-hormonales et hormono-neurales. Il étudie à cet effet l'action des diverses hormones (thyroïde, hypophyse) sur le système nerveux et notamment sur les centres neuro-végétatifs, passant en revue nombre de travaux récents, surtout italiens. C'est d'ailleurs à une conception bio-endocrinienne des tempéraments et de l'activité instinctive si chère à l'école italienne qu'il aboutit. Ayant ainsi établi, davantage par critique des travaux que par contribution expérimentale personnelle, les bases d'une neuro-endocrinologie, c'est dans le quatrième chapitre que l'auteur aborde la question des troubles psychiques et endocriniens. Il admet que dans la production des maladies mentales le facteur viscéro-endocrinien a une valeur de premier ordre et non pas seulement comme facteur secondaire, mais comme facteur primitif de déclenchement.

Enfin, dans le cinquième et dernier chapitre, Granone nous fournit le résultat de ses observations et essais thérapeutiques, qu'il étaye également sur les observations recueillies de 1930 à 1934 à la Clinique pédiatrique universitaire de Bologne. En ce qui concerne l'opothérapie génitale employée par de Nigris, 5 schizophrènes traités ont été améliorés, sur 9 maniaco-dépressifs (notamment mélancoliques), 7 ont été améliorés ; sur 5 psychasthéniques traités, 4 ont été améliorés, de même 2 cas de psychonévrose. L'opothérapie thyroïdienne (antisexuelle de Cecci), a été employée sous forme de thyroïdine (1 gr. par jour pendant 30 jours) chez 3 agités érotiques avec sédation de l'éréthisme sexuel et chez 3 autres malades mélancoliques, sans grands résultats. Chez les enfants présentant des troubles mentaux par excitation, les résultats obtenus ont été bons. Un paragraphe intéressant est consacré à la thérapeutique glandulaire du mongolisme (6 cas personnels et statistiques des cas de mongolisme à la clinique de Bologne). Enfin, l'auteur rapporte quatre cas d'arriération, traités avec succès.

Henri Ey.

Essai d'un traitement chirurgical de certaines psychoses, par M. EGAS MONIZ. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 3 mars 1936.

Ce traitement n'offre que l'apparence de l'audace devant certains faits montrant qu'après extirpation des deux lobes frontaux humains une vie psychique, bien que déficitaire, demeure possible.

L'orientation organiciste de la science est en faveur de l'essai d'une telle thérapeutique chirurgicale. En outre, le rôle du lobe frontal dans la vie psychique est prépondérant ainsi qu'en témoigne un simple regard sur la phylogénèse. Délaissant les maladies mentales à étiologie organique bien établie, l'auteur s'arrête aux maladies du type psycho-fonctionnel et surtout aux aliénés délirants. Leur pensée demeure invariablement dirigée dans le sillon de leurs idées délirantes qui, « comme toutes les manifestations de la vie psychique, sont en relation avec l'activité de certains agrouppements cellulo-connectifs de l'encéphale ». Ces agrouppements, à fixité spéciale, s'appellent agrouppements établis. La guérison se fera si l'on détruit ces agrouppements cellulo-connectifs, auxquels les lobes frontaux donnent asile.

Les méthodes employées peuvent varier : injections sclérosantes (alcool absolu) dans le centre ovale des lobes préfrontaux ; ou mieux, coupés à l'aide d'un instrument imaginé par l'auteur : *le leucome cérébral*, sorte de petite sonde, par laquelle on peut faire sortir une anse métallique, qui permet la pratique des 4 coupes dans le centre ovale de chaque lobe préfrontal.

Les résultats n'ont été suivis d'aucun décès, d'aucune aggravation et au contraire d'améliorations et de guérison dans la proportion de 35 % de part et d'autre. Seuls 30 % des cas sont demeurés sans résultats. L'anxiété, les délires mélancoliques et hypocondriaques, la manie, les délires paranoïdes secondaires sont les symptômes psychiques le plus souvent améliorés.

M. LECONTE.

Du méningisme consécutif à la ponction lombaire, par S. JUSTMAN. *Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, T. XIII, n° 9, du 5 mars 1936, pp. 155-157.

Dans le but d'éviter les accidents de méningisme consécutifs à la ponction lombaire, l'auteur souligne la nécessité de maintenir le malade en décubitus dorsal pendant trois jours. Dans les cas de tumeur cérébrale, la position horizontale n'est pas suffisante et il faut avoir recours à la position de Trendelenburg. Les accidents de méningisme peuvent éclater à la suite de la ponction lombaire si on n'observe pas cette conduite, même dans les affections où la ponction lombaire est facilement supportée, telles que le tabès et la paralysie générale.

FRIBOURG-BLANC.

Le traitement des accidents consécutifs à la ponction rachidienne, par R. DANIS, à Bruxelles. *Bulletin de l'Académie Royale de Médecine de Belgique*, séance du 25 avril 1936.

L'auteur rappelle la possibilité de céphalée, de vomissements consécutifs à la ponction rachidienne. Ces accidents, dont la fréquence a diminué avec l'amélioration de la technique, sont presque toujours dus à la déperdition de liquide par la plaie méningée. Quand les injections intraveineuses d'eau

distillée sont insuffisantes, l'auteur propose une méthode visant directement la cause des troubles, et consistant en l'injection dans l'espace épidural d'une solution isotonique qui agit en maintenant une pression égale des deux côtés de la plaie méningée, et sans doute aussi en refoulant le liquide céphalo-rachidien vers le haut.

M. LECONTE.

Epilepsie bravais-jacksonienne. Intervention chirurgicale. Arachnoïdite chronique. Guérison, par Daniel FERÉY. *Le Bulletin médical*, n° 29, pp. 498-499, 20 juillet 1935.

Les épilepsies bravais-jacksoniennes, d'origine indéterminée, bénéficient souvent d'une large craniotomie exploratrice. Dans l'observation de M. Feréy, l'hypothèse la plus vraisemblable restait celle d'adhérences méningées et le diagnostic d'arachnoïdite fut vérifié par l'intervention.

P. CARRETTE.

Efficacité de l'acétylcholine dans le traitement de l'épilepsie traumatique, par FRIBOURG-BLANC, LASSALE et PASSA. *La Presse médicale*, n° 94, pp. 1892-1895, 23 novembre 1935.

Les altérations de l'équilibre neuro-végétatif, constantes dans l'épilepsie, sont plus particulièrement marquées dans les états convulsifs imputables aux traumatismes. Des travaux récents ont mis en évidence l'importance des troubles du sympathique cranio-facial chez les grands traumatisés crâniens et leurs répercussions vasculaires. L'acétylcholine est un médicament actif dans les états spasmodiques circulatoires, ce qui pourrait expliquer son efficacité dans l'épilepsie.

P. CARRETTE.

Application thérapeutique du lipiodol dans les abcès du cerveau et du cervelet, par B. KARBOWSKI. *Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, T. XIII, n° 18 du 14 mai 1936.

L'auteur a employé avec succès le lipiodol dans un cas d'abcès du cerveau et dans un cas d'abcès du cervelet. Il attribue l'action favorable du lipiodol à son pouvoir désinfectant et au fait qu'il comble les points déclives de la cavité des abcès en réalisant ainsi des conditions meilleures pour leur drainage.

FRIBOURG-BLANC.

Fracture du crâne. Hématome du centre ovale. Opération. Guérison, par A. MORUZI et E. LUPU. *Bulletin de la Société roumaine de Neurologie, Psychiatrie, Psychologie, et Endocrinologie*. XVI^e année, n° 2, pp. 94-99, 1935.

Observation qui démontre d'une part l'incompatibilité entre toute activité cérébrale et la tension brutale provoquée par un hématome, d'autre part l'intérêt que présente une intervention hardie sur la substance cérébrale, guidée par l'infiltration et la turgescence corticales, à la recherche du foyer profond. Le coma cesse après quelques instants et le cerveau, mis à l'abri des réactions secondaires inévitables dans les processus de résolution des hématomes, pourra se cicatriser avec le minimum d'altérations, ce qui évitera la plupart des séquelles.

P. CARRETTE.

Les trépanations décompressives dans les blocages ventriculaires post-traumatiques, par G. MILONE. *L'Ospedale Psichiatrico*, Naples, octobre 1935.

L'auteur expose les différentes méthodes de trépanations en usage dans pareils cas. Entre la trépanation atlantoïdo-occipitale du corps calleux (opéré de Drenis) et le drainage ventriculaire de Villareal, l'A. donne la préférence à cette dernière, autant pour la technique plus facile, que pour le drainage du liquide céphalo-rachidien.

Paul ABÉLY.

La Cordotomie latérale, par C. ZUCKERMANN. (*Revista mexicana de psiquiatria, neurologia, y medicina legal*, Tome II, n° 12, mars 1936.

La cordotomie latérale consiste en la section de la portion antérieure du cordon latéral de la moelle spinale et a pour objet d'interrompre les filets conducteurs de la sensibilité douloureuse. Les faisceaux sectionnés sont celui de Gowers et le restant du cordon latéral. La cordotomie doit se faire dans la moitié latérale de la moelle opposée au côté de la douleur et autant que possible dans la région rachidienne dorsale supérieure.

L'auteur rapporte l'observation d'un malade atteint d'adhérences méningées au niveau du cône terminal et de la queue de cheval, avec douleurs intenses et rebelles dans le membre inférieur gauche. Une libération chirurgicale détermina une amélioration passagère, puis une cordotomie latérale droite supprima entièrement la douleur. Cependant le malade mourut un an après en présentant des symptômes qui firent penser à la possibilité d'un processus de sclérose médullaire. Les deux interventions furent faites à l'anesthésie locale.

LAUZIER.

L'énervation sinu-carotidienne est-elle permise au point de vue physiologique ? Etudes expérimentales et cliniques. Indications, par R. LERICHE, R. FONTAINE et F. FROELICH. *La Presse Médicale*, n° 61, pp. 1217-1220, 31 juillet 1935.

Les nerfs sinu-carotidiens exercent une action manifeste sur la circulation crânienne et sur l'excitabilité cérébrale. L'ablation du corpuseule carotidien ou la section des nerfs qui s'y rendent est préconisée chez les hypotendus asthéniques, dans les accidents épileptiformes à point de départ périphérique, dans certains troubles du rythme cardiaque. L'énervation sinu-carotidienne est suivie d'hypertrophie cortico-surrénale. Il serait intéressant d'en étudier les effets dans les cas d'insuffisance adrénalienne chronique, chez les petits addisoniens.

P. CARRETTE.

Les opérations sympathiques dans l'asthme grave (Influence sur la calcémie), par Henri GODARD. *La Presse Médicale*, n° 61, pp. 1220-1222, 31 juillet 1935.

Certains asthmes liés au terrain colloïdoclasicque et aux troubles du métabolisme calcique résistent aux traitements médicaux, mais peuvent guérir par la stlectomie qui agit sur l'instabilité des fonctions parathyroïdiennes et sur le déséquilibre végétatif. Ce sont surtout les formes d'asthme à crises subintrantes qui bénéficient surtout de cette thérapeutique.

P. CARRETTE.

Le traitement de la maladie d'Addison, par R. RIVOIRE. *La Presse Médicale*, n° 56, pp. 1122-1126, 13 juillet 1935.

Les acquisitions physiologiques récentes permettent d'appliquer à la maladie d'Addison une série de mesures thérapeutiques efficaces. L'extrait cortico-surrénal compense l'insuffisance glandulaire. L'hyperkaliémie est combattue par l'usage du chlorure de sodium destiné à remplacer l'ion K par l'ion Na déficient sous la forme de fortes ingestions ou d'injections de sérum hypertonique. Ce traitement s'associe avec l'emploi de la cystéine, acide animé, catalyseur important dans les processus d'oxydo-réduction et de désintégration qui sont à l'origine de la contraction musculaire et de la thermogénèse. Enfin la cortico-stimuline hypophysaire favorise également la régénération surrénale.

P. CARRETTE.

Sérothérapie antipoliomyélitique d'origine animale, par A. PETTIT. *Biologie médicale*, T. XXV, n° 10, pp. 541-627, octobre 1935.

Depuis seize ans, M. le Professeur Pettit, de l'Institut Pasteur, prépare du sérum antipoliomyélitique. Il n'a publié d'articles critiques, ni des résultats partiels en dehors de quelques notes destinées à fixer l'état des recherches. Aujourd'hui, son expérience lui permet de déclarer que le sérum préparé par l'injection au cheval de moelle de singe virulente, injecté à la phase préparalytique, met les sujets à l'abri des complications paralytiques ou parétiques ultérieures. Le sérum arrête l'infection. Il fait cesser toute menace de complications bulbaires. Plus tard, il diminuera les menaces de séquelles ; quand il ne les supprimera pas, il en atténuera la gravité. Chez l'adulte comme chez l'enfant, le sérum guérit des paralysies ; ce que ne peut faire le sérum de convalescent, et il contribue à abaisser sensiblement le taux de la mortalité.

P. CARRETTE.

MÉDECINE LEGALE

La réforme pénitentiaire en Belgique, par M. POLL (*Revue de Droit pénal et de Criminologie*, 16^e année, n° 1, Janvier 1936).

Les réformes pénitentiaires de 1920, dues à l'initiative de M. le Ministre Vandervelde, ont eu un double objectif : 1) atténuer la rigueur du régime cellulaire en s'inspirant des nécessités de la rééducation et de l'organisation du travail dans les prisons ; 2) spécialiser les institutions pénitentiaires selon l'âge, l'état physique et mental, les antécédents des détenus, de façon à soumettre chaque catégorie au traitement qui lui convient. L'examen anthropologique nécessaire est effectué par un psychiatre spécialiste, assisté d'un surveillant mensurateur et d'un commis aux écritures, dans neuf laboratoires. D'autre part, dans huit prisons (Forest, Anvers, Gand, Louvain, Mons, Liège, Namur et Charleroi), existe une annexe psychiatrique, c'est-à-dire une infirmerie où sont reçus, à fin d'observation, les condamnés et les inculpés soupçonnés d'être en état de démence ou dans un état grave de déséquilibre mental ou de débilité mentale les rendant incapables du contrôle de leurs actions (loi de défense sociale du 9 avril 1930).

Une conséquence de la sériation scientifique des condamnés a été la spécialisation de certains établissements pénitentiaires. C'est ainsi que les débiles mentaux sont réunis à la prison d'Audenarde, les tuberculeux au sanatorium de Merxplax, les jeunes condamnés de 16 à 21 ans dans l'établissement à régime progressif d'Hoogstraeten. Ce régime est basé sur le principe moderne de l'individualisation de la peine. Au début le délinquant primaire est l'objet d'une observation et d'une surveillance constantes de la part du personnel administratif et médical. La seconde période comporte le travail en commun, avec l'isolement pendant la nuit et pendant les repas. Pendant la troisième période on s'efforce de préparer le condamné au retour à la vie libre en lui laissant certaines initiatives toujours contrôlées. Enfin la dernière période, dite de semi-liberté, forme une transition de la détention à la vie libre ; on cherche pour le condamné une occupation au dehors, sous surveillance discrète, avec retour à l'établissement après la cessation du travail. Lorsque l'épreuve a été jugée suffisante, le condamné est admis au bénéfice de la loi sur la libération conditionnelle. Ce régime auquel sont soumis les jeunes condamnés de la prison-école sera appliqué dans l'avenir aux adultes primaires correctionnels ayant à subir 6 mois de détention au moins.

Enfin le reclassement des condamnés fait l'objet des préoccupations constantes de l'Administration Centrale. A côté d'œuvres privées (Comité de patronage, Office de réadaptation) fonctionnent des auxiliaires sociaux, directement rétribués par l'Etat, qui servent de trait d'union entre ces organismes et les directeurs des établissements, et contribuent ainsi efficacement au relèvement des prisonniers.

LAUZIER.

Le premier bilan quinquennal de la loi de défense sociale à l'égard des anormaux, par le Dr Louis VERVAECK (*Revue de Droit pénal et de Criminologie*, Tome XVI, nos 6 et 7, Juin-Juillet 1936).

Au moment où une Commission de parlementaires, de juristes et de fonctionnaires — elle ne comprend pas de médecins — recherche les modifications utiles à apporter à la loi de Défense sociale belge, M. Vervaeck a pensé qu'il était utile de dresser le bilan des cinq premières années de son application.

Du 1^{er} janvier 1931 au 31 décembre 1935, 1.637 inculpés dont 166 femmes ont été internés par décision judiciaire. La statistique annuelle des internements démontre que leur nombre tend à décroître légèrement, ce qu'explique vraisemblablement le chiffre relativement élevé d'anormaux à tendances antisociales, maintenus à l'établissement de défense sociale. Ainsi commence à s'affirmer l'action efficace de la nouvelle législation. La répartition psychiatrique des anormaux internés est la suivante : Déments : 21,76 p. cent ; déséquilibrés : 46,07 p. cent ; débiles : 32,17 p. cent.

En cinq ans, 3.301 demandes de libération ont été examinées par les Commissions ; elles ont été accueillies favorablement dans 856 cas. En outre, sur 1.637 internements ordonnés, 198 anormaux ont obtenu un sursis à leur envoi à l'institution de défense sociale. Ces libérations à l'essai sont toujours subordonnées à un contrôle psychiatrique et social, assuré en général par un dispensaire d'hygiène mentale et par des délégués d'œuvres de patronage. Jusqu'à présent, 55 libérations définitives ont été prononcées,

soit 3,3 p. cent de la totalité des anormaux internés. Malgré certaines libérations discutables et hasardeuses, le nombre des récidives d'actes criminels ou délictueux commis par les anormaux ayant été soumis au régime de la défense sociale, est relativement peu élevé et les résultats obtenus peuvent être considérés comme très encourageants. Le taux de récidive est inférieur des deux tiers à celui des condamnés ordinaires libérés conditionnellement ou à l'expiration de leur peine.

Cette constatation permet de conclure que, malgré ses imperfections et ses lacunes, la loi de défense sociale a répondu aux espérances de ses promoteurs ; non seulement elle a réalisé un progrès notable dans le traitement des anormaux à tendances délictueuses, mais elle constitue un moyen efficace de défense sociale et de prophylaxie criminelle.

LAUZIER.

Historique et application de la Loi Briggs dans le Massachusetts (The History and Operation of the Briggs Law of Massachusetts), par Winfred OVERHOLSER. *Law and Contemporary Problems*, pp. 436-447, octobre 1935.

Tout criminel, tout récidiviste d'un délit est automatiquement soumis à l'examen psychiatrique dans l'état de Massachusetts en application d'une loi dont la conception est due à M. Vernon Briggs, de Boston, à la suite d'une série de mesures préconisées depuis 1921. La mise en œuvre de ces dispositions médico-légales a constitué un progrès important de l'assistance des antisociaux. M. Overholser expose les résistances rencontrées dans les tentatives d'extension de la loi Briggs aux états américains. Nombreux sont les pays qui, par la suite, ont adopté son principe et se sont à juste titre inspiré de ses modalités dans les transformations de leur législation criminelle.

P. CARRETTE.

Introduction à l'Etude du Droit pénal, par M. G. SCHUIND. (*Revue de Droit pénal et de Criminologie*, 16^e année, n° 2, Février 1936).

De cet article destiné à être publié comme introduction à la seconde édition du *Traité pratique de Droit criminel*, nous extraierons quelques lignes relatives au problème des anormaux, et les résultats obtenus par l'application de la loi de défense sociale en Belgique.

« La folie était une cause de justification pénale. Mais le développement des études anthropologiques avait fait apparaître chez beaucoup de délinquants l'existence de tares psychiques qui, sans constituer la démence, ne leur laissaient qu'un éclair de conscience, qu'une part de responsabilité tellement réduite et tellement instable qu'on pouvait pratiquement en faire abstraction. Les tribunaux, s'inspirant strictement des doctrines classiques, diminuaient la peine applicable à ces délinquants, d'autant plus dangereux qu'ils étaient plus exposés à la récidive. D'autre part, il arrivait fréquemment qu'étendant la notion de démence, les experts psychiatres considéraient comme fous des inculpés cependant responsables de leurs actions.

« En Belgique, la question avait été examinée dans les laboratoires anthropologiques de nos prisons, dont le premier fut créé à Forest, en 1907, par le Dr Vervaeck. En 1922, un projet de loi fut préparé par le Conseil supérieur des prisons, mais les esprits étaient divisés. Au Congrès inter-

national de droit pénal, qui se tint à Bruxelles en 1926, une transaction intervint : évitant de se prononcer sur les discussions théoriques, il constata que la peine ne suffisait plus aux exigences pratiques de la défense sociale à l'égard des anormaux et des enfants ; il émettait le vœu que, selon les circonstances, le juge pût prononcer des peines ou ordonner des mesures de sûreté.

« Ce fut dans ces conditions que fut votée la loi du 9 avril 1930, dite de défense sociale. Cette loi permet notamment d'interner dans des établissements spéciaux les inculpés qui se trouvaient au moment du jugement en état de démente ou dans un état grave de déséquilibre mental ou de débilité mentale les rendant incapables du contrôle de leurs actes.

« Toutefois, la discussion avait été poursuivie sur une équivoque. Lorsqu'on passa à l'application de la loi, on s'aperçut qu'elle avait créé à l'égard des anormaux une cause de justification personnelle et les avait fait sortir complètement du droit pénal. Pour les délinquants de l'espèce, il y avait lieu à internement s'ils constituaient un danger social et à relâche dans le cas contraire : mais il ne pouvait plus être question de peine. Telle fut l'interprétation que la jurisprudence donna à la loi. Elle provoqua quelque étonnement même chez certains qui avaient pris une part essentielle dans la préparation de la loi. Quant aux justiciables qu'elle touchait, ils s'avisèrent rapidement que, n'étant plus sujets du droit pénal, ils n'étaient plus des coupables et devaient être traités médicalement. Irresponsables, échappant aux obligations sociales, recevant des soins particuliers, ils acquirent vite un esprit de revendication, insistèrent à chaque occasion pour obtenir une libération anticipée au point que l'internement, théoriquement prononcé pour cinq ans au minimum et renouvelable, apparaissait en fait fixé à six mois. En attendant, ils s'étonnaient d'être encore soumis à une discipline qu'ils estimaient ne pas être justifiée. Loin de mériter la réprobation, leurs actes antisociaux devenaient pour eux générateurs de droits. Le développement d'un tel état d'esprit était déjà dangereux. Il convient d'ajouter que l'opinion ne comprit pas certaines applications de la loi, non plus que certaines conclusions des hommes de science qui, chargés d'éclairer la justice, ne lui apportèrent trop souvent que sujets de doute et de méfiance. D'où un malaise réel qui atteignit les milieux judiciaires, sans qu'y échappât la magistrature, chargée d'appliquer la loi. Ce résultat témoignait-il d'une bonne politique criminelle ? La question de principe devait donc se poser de nouveau. Bientôt le législateur devra procéder à une révision de la loi : une Commission spéciale est chargée de préparer la voie. »

LAUZIER.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de MARS de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 11 mars 1937*, à 9 h. 30, *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mars de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 22 mars 1937*, à 4 heures *très précises*, au siège de l'Académie de Chirurgie, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois d'AVRIL de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 8 avril 1937*, à 9 h. 30 *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté de Médecine.

La *séance ordinaire* du mois d'avril de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 26 avril 1937*, à 4 heures *très précises*, au siège de l'Académie de Chirurgie, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

Séances du lundi 26 juillet 1937

A l'occasion de la présence à Paris de nombreux membres correspondants nationaux ou associés étrangers de la Société, il sera tenu le *lundi 26 juillet* deux séances au lieu d'une.

La *première séance*, à 9 heures 15, sera consacrée à la discussion des *Rapports de l'hystérie avec la schizophrénie*. — Rapporteur : M. le Professeur Henri CLAUDE.

La *deuxième séance* commencera à 3 heures de l'après-midi. Elle sera consacrée à l'étude des *Troubles endocriniens dans les états d'excitation* (Rapporteur : M. le D^r J. TUSQUES), et à des *communications diverses*.

Ces deux séances se tiendront au siège de la Société (Académie de Chirurgie, 12, rue de Seine, Paris, VI^e arrondissement).

Pour prendre part à la *discussion* des questions mises à l'ordre du jour, ou pour présenter des *communications*, s'inscrire auprès du D^r Paul COURBON, *Secrétaire général*, Médecin-Chef à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e arrondissement).

Le *dîner annuel* de la *Société Médico-psychologique* aura lieu le même jour à 20 heures. Les *membres associés étrangers* présents aux séances seront cordialement invités à ce dîner.

ASILES PUBLICS D'ALIENÉS

Nécrologie

M. le D^r LIVET, Médecin des Asiles, Médecin-Chef du Service de Psychiatrie de l'Hôpital d'Oran (Algérie).

Légion d'Honneur

Est nommé *Chevalier de la Légion d'Honneur* :

M. CHARANON, préfet honoraire, Directeur administratif de l'Asile de Per-ray-Vauchuse (Seine-et-Oise).

Médaille d'Honneur de l'Assistance Publique

Médaille d'Or :

M. le D^r CORNU, Médecin-Chef de l'Asile public autonome d'aliénés de Bassens (Savoie).

Médaille d'Argent :

M. le D^r DANJEAN, Médecin-Directeur de l'Asile public départemental d'aliénés d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône) ;

M. GIRARDET, Directeur administratif de l'Asile public départemental d'aliénés de Saint-Ylie (Jura).

Médaille de Bronze :

M. le D^r EISSEN, Médecin-Directeur de l'Asile public départemental d'aliénés de Stephansfeld (Bas-Rhin) ;

M. le D^r SPITZ, Médecin-Chef de l'Asile public départemental d'aliénés de Stephansfeld (Bas-Rhin).

Nomination

Mme le D^r PIQUEMAL-LÉVÊQUE est nommée Médecin-Directeur de l'Asile public départemental d'aliénés de Braqueville (Haute-Garonne).

Création de poste

Le Conseil général du département de la Lozère vient de voter la création d'un deuxième poste de médecin-chef à l'Asile d'aliénés de Saint-Alban.

A la mémoire du D^r Julien Raynier

En février 1937, vient de paraître un numéro spécial de *L'Aliéniste français* (Bulletin de l'Association Amicale des Médecins des Etablissements publics d'aliénés) consacré à la mémoire du D^r Julien RAYNIER, ancien interne des Asiles de la Seine, médecin des Asiles publics d'aliénés et Inspecteur général des Services administratifs, président d'honneur de l'Association Amicale des Médecins des Asiles publics d'aliénés. On trouvera dans ce numéro spécial l'exposé des titres et des travaux de notre très regretté collègue dont l'œuvre si féconde fut, hélas, trop tôt interrompue.

Prix Julien Raynier

Pour perpétuer et honorer la mémoire de l'Inspecteur général Julien RAYNIER, l'Association amicale des Médecins des Etablissements publics d'aliénés de France a fondé un prix triennal destiné à récompenser un travail concernant « L'aliéné et les asiles d'aliénés » au point de vue médical, administratif, juridique et technique : aménagement, hygiène, assistance, législation et médecine légale.

Le concours est ouvert à tous les docteurs en médecine français. Les mémoires, manuscrits ou imprimés doivent être adressés avant le 31 octobre au Président de l'Association. Les mémoires présentés devront ne pas avoir obtenu de Prix d'une autre Société. Pour 1938, ce prix sera de 3.000 francs (partage autorisé).

Recrutement et Statuts des médecins du cadre des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Le Président de la République française,

Vu la loi du 30 juin 1838 et l'ordonnance du 18 décembre 1839 ;

Vu le décret du 2 février 1910 et les décrets qui l'ont modifié ;

Vu le décret du 3 janvier 1922, modifié par ceux des 26 décembre 1922, 14 octobre 1924, 18 mai 1926, 27 mai 1926, 15 avril 1927, 29 juin 1930 et 2 mai 1935 ;

Vu les décrets des 13 mars 1920, 29 novembre 1921, 25 novembre 1924, 28 avril 1926, 18 mai 1926, 28 avril 1931 et 1^{er} mars 1935 ;

Sur le rapport du Ministre de la Santé publique,

Décète :

Article premier. — Un concours sur titres sera ouvert lorsqu'il y aura lieu de pourvoir à un ou plusieurs postes de médecins-directeurs ou de médecins en chef des hôpitaux psychiatriques de la Seine, c'est-à-dire des asiles clinique (Sainte-Anne), de Villejuif, de Ville-Evrard, de Maison-Blanche, de Perray-Vaucluse et de Moisselles.

Art. 2. — Sous réserve des dispositions particulières énoncées ci-dessous, les règles établies pour la procédure du concours du cadre général sont applicables au concours de la Seine.

Art. 3. — Les concours dont les opérations s'effectueront à Paris, par les soins du préfet de la Seine, seront annoncés deux mois au moins à l'avance par une insertion au *Journal Officiel*.

Art. 4. — Pour être admis au concours, les candidats devront avoir, au moment de leur inscription, moins de cinquante-cinq ans d'âge et plus de trois années d'exercice de la profession médicale dans les fonctions prévues à l'article 5.

Art. 5. — Les deux premiers tours de nomination seront attribués au concours aux médecins du cadre général des hôpitaux psychiatriques.

Le troisième tour sera attribué au concours aux candidats appartenant aux catégories ci-après :

1^o Médecins du cadre général des hôpitaux psychiatriques ;

2^o Médecins de la maison nationale de Saint-Maurice ;

3^o Professeurs et agrégés spécialisés en psychiatrie des facultés de l'Etat et écoles de plein exercice, et des écoles du service de santé des armées de terre et de mer ;

4° Médecins assurant — dans un hôpital public — un service psychiatrique agréé par le ministre de la santé publique après avis de la commission spéciale des médecins des asiles ;

5° Médecins aliénistes des hôpitaux de Paris ;

6° Médecins de l'infirmerie spéciale de la préfecture de police ;

7° Médecins en chef et médecins assistants de l'hôpital Henri-Rousselle, admis dans cet établissement à la suite d'un concours dont les conditions ont été approuvées par le ministre de la santé publique.

Les candidats qui désirent prendre part au concours doivent en adresser la demande, par lettre recommandée, à la préfecture de la Seine (direction des affaires départementales, service de l'assistance départementale, 3^e bureau annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobeau, Paris (4^e).

Toute demande d'inscription parvenue après le jour fixé pour la clôture des inscriptions ne peut être accueillie.

Art. 6. — La liste des candidats admis à prendre part au concours est close quinze jours avant la date de l'ouverture du concours et arrêtée par le ministre de la santé publique après avis du préfet de la Seine.

Dès que la liste des candidats est close, les membres du jury qui doivent être désignés conformément aux dispositions de l'article 7, sont tirés au sort par les soins d'une commission composée d'un inspecteur général des services administratifs, président ; d'un délégué du préfet de la Seine et deux membres délégués par la commission de surveillance des asiles publics d'aliénés du département.

Chaque candidat peut demander à la préfecture de la Seine la composition du jury.

Art. 7. — Le jury du concours est présidé par le délégué du ministre de la santé publique. Il comprend, en outre :

1° Le directeur général de l'hygiène et de l'assistance au ministère de la santé publique ;

2° Un membre de l'inspection générale des services administratifs, médecin, nommé par le ministre ;

3° Un conseiller technique du ministère de la santé publique, spécialisé en psychiatrie.

4° Quatre médecins directeurs ou médecins en chef du cadre de la Seine.

Le professeur de clinique des maladies mentales fait partie de cette catégorie ;

5° Deux médecins directeurs ou médecins en chef du cadre des hôpitaux psychiatriques ;

6° Un médecin-directeur ou médecin en chef appartenant à l'une des catégories suivantes : hôpital Henri-Rousselle, maison nationale de Saint-Maurice, quartiers d'hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, infirmerie spéciale de la préfecture de police ;

7° Un médecin désigné par le ministre, parmi les catégories visées au paragraphe 4° de l'article 5 ;

8° Le directeur adjoint de l'hygiène et de l'assistance au ministère de la santé publique ;

9° Le sous-directeur chargé de l'assistance départementale à la préfecture de la Seine ;

10° Le chef du 1^{er} bureau de la direction de l'hygiène et de l'assistance au ministère de la santé publique ;

11° Le chef du 3^e bureau de l'assistance départementale à la préfecture de la Seine.

En outre, un secrétaire administratif est désigné par arrêté ministériel, pour assister le jury dans les diverses opérations du concours.

Deux suppléants des médecins directeurs et des médecins en chef du cadre général et du cadre de la Seine seront désignés par le sort parmi les médecins-directeurs, médecins-chefs du cadre des hôpitaux psychiatriques de la Seine et parmi les médecins-directeurs et médecins-chefs du cadre général.

Il sera procédé à des tirages au sort complémentaires pour le cas où les médecins désignés une première fois seraient empêchés.

Les listes des médecins en activité de service, parmi lesquels sont tirés au sort les membres du jury, sont arrêtés par le ministre de la santé publique, après avis du préfet de la Seine, et doivent comprendre tous les médecins réunissant les conditions ci-dessus indiquées, comptant au moins cinq ans de services dans leur fonction, et n'ayant pas fait acte de candidature.

Aucun juge, sauf le président et les représentants de l'administration, ne pourra faire partie de deux jurys consécutifs.

Art. 8. — Si un membre du jury, pour un motif quelconque, ne peut assister à une séance du concours, il ne pourra plus continuer à siéger dans le jury dudit concours ; mais le jury devra, pour délibérer, être composé de cinq membres au moins.

Art. 9. — Le concours comportera, d'une part, l'examen des états de services des candidats, d'autre part, l'examen de leurs titres et travaux scientifiques, dont la liste et les documents justificatifs seront remis au jury avant l'ouverture du concours.

Art. 10. — Le maximum des points à attribuer est ainsi fixé :

Etats de services, 40 points.

Titres et travaux scientifiques, 60 points.

Art. 11. — La police générale du concours est confiée au jury qui prend toutes dispositions pour en assurer la régularité et la sincérité qui fixera le minimum des points nécessaires aux candidats pour être admis.

Art. 12. — Aucune des réunions du jury n'aura un caractère public.

Art. 13. — Dans la limite des places mises au concours, les candidats seront classés par le jury, selon l'ordre de mérite, compte tenu des tours prévus à l'article 5 ci-dessus.

A cet effet, il devra, pour chaque tour, être procédé à l'examen des états de services et titres des divers candidats réunissant les conditions déterminées par l'article 5 précité.

Art. 14. — Lors de leur nomination, ils prennent rang dans les hôpitaux psychiatriques de la Seine, à la suite des médecins-directeurs et médecins en chef déjà en fonctions dans cet établissement et choisissent les postes suivant leur ordre de classement.

Art. 15. — Les frais de concours sont à la charge du département de la Seine.

Art. 16. — Les arrêtés préfectoraux investissant les intéressés de leurs fonctions, les arrêtés ministériels déterminant le traitement et la classe à leur allouer, et la date de leur entrée en fonctions, sont pris dans les mêmes formes que les arrêtés relatifs aux médecins du cadre général.

Art. 17. — Les traitements des médecins-directeurs et médecins-chefs des hôpitaux psychiatriques de la Seine sont fixés comme suit :

5 ^e classe	41.000 fr.
4 ^e classe	45.000 fr.
3 ^e classe	49.000 fr.
2 ^e classe	53.000 fr.
1 ^{re} classe	58.000 fr.

Art. 18. — Les décrets des 13 mars 1920, 29 novembre 1921, 25 novembre 1924, 28 avril 1926, 18 mai 1926, 28 avril 1931 et 1^{er} mars 1935 sont et demeurent abrogés ainsi que toutes dispositions antérieures contraires à celles du présent décret.

Fait à Paris, le 22 janvier 1937.

Albert LEBRUN.

Par le Président de la République :

Le ministre de la santé publique,

Henri SELLIER,

(*Journal Officiel*, 6 février 1937, p. 1585-1586).

Concours de l'Internat en Médecine de l'Asile de Dury-lès-Amiens

Un concours pour un poste d'Interne en Médecine de l'Asile public départemental d'aliénés de Dury-lès-Amiens va avoir lieu prochainement.

Les candidats doivent être Français, avoir moins de 30 ans au 1^{er} mars 1937 et compter un minimum de 12 inscriptions en médecine.

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 5 mars 1937 par le Directeur de l'Asile. Les candidats devront, à l'appui de leur demande, joindre : 1° une expédition authentique de leur acte de naissance ; 2° un certificat de scolarité relatant qu'ils ont pris au moins 12 inscriptions de doctorat.

Le Bulletin de la Fédération des Maisons de Santé

En janvier 1937, vient de paraître, sous le titre de *Bulletin de la Fédération des Maisons de Santé de France*, un nouveau périodique dont le Rédacteur en chef est le Dr BUSSARD (8, avenue du 11-Novembre-1918 à Bellevue, Seine-et-Oise), Secrétaire général de cette Fédération de création récente. Ce périodique, dont le premier article est consacré à l'organisation syndicale des Maisons de Santé privées, renseigne ses membres sur les lois et les règlements s'appliquant à leur profession et sur les modalités de leur application, publie les comptes rendus des assemblées générales des syndicats faisant partie de la Fédération, et étudie toutes les questions qui intéressent non seulement les actes médicaux mais les fonctions d'hospitalisant et d'employeur des Médecins-Directeurs des Etablissements privés.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Service d'informations sur les recherches de Génétique humaine

Le Bureau of Human Heredity organise un service d'informations accessible à tous les auteurs de recherches ou d'observations concernant la génétique humaine. En permettant aux chercheurs de connaître ainsi les cen-

tres d'études analogues aux leurs, ce service a, en outre, l'avantage de sauvegarder la priorité de leurs travaux.

Il suffit d'adresser au Bureau of Human Heredity un court exposé des recherches entreprises. Ces renseignements seront communiqués à tous les savants inscrits au service d'informations, assurant ainsi la liaison des divers milieux scientifiques où les mêmes problèmes sont à l'étude.

Pour participer à ce service et recevoir le bulletin qui paraîtra régulièrement, il est demandé une cotisation de 5 shillings pour participation aux frais.

Les langues admises sont l'allemand, l'anglais et le français.

S'adresser pour s'inscrire et pour tous renseignements à Mrs C. B. S. HOPSON, Hon. Gen. Sec., 115 Gower Street, London, W.C. 1. Le Bureau of Human Heredity (British National Human Heredity Council) est affilié au Comité International de Recherches sur l'Hérédité humaine. Le président en est le Professeur R. RUGGLES GATES, F. R. S., du Kings College, de Londres.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

II^e Congrès International d'Hygiène mentale

La liste des questions mises à l'ordre du jour du II^e Congrès International d'Hygiène mentale, qui se tiendra à Paris du 19 au 23 juillet 1937, a été publiée dans le numéro de janvier 1935 des *Annales Médico-psychologiques*. Le programme complet du Congrès sera publié très prochainement.

Les 27 Rapports, actuellement à l'impression, seront envoyés dès leur publication aux membres adhérents régulièrement inscrits au Congrès. (Les inscriptions au Congrès doivent être adressées à M. le Secrétaire administratif du II^e Congrès International d'Hygiène mentale, Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris, XIV^e arrondissement. Cotisation : Membres adhérents : 125 francs français ; Membres associés : 75 francs français).

Seuls, les membres adhérents ont le droit de présenter des communications et de prendre part aux discussions. Pour prendre part aux discussions et pour présenter des communications sur les questions mises à l'ordre du jour du Congrès, il est recommandé d'en demander l'inscription dès maintenant, et par lettre, au Dr René CHARPENTIER, président du Comité du Programme, 119, rue Perronet, à Neuilly-sur-Seine (Seine).

Il est accordé 4 pages d'impression à l'auteur d'une communication et 4 pages également de résumé pour l'intervention dans la discussion d'un des rapports. Les langues suivantes pourront être imprimées dans le volume des comptes rendus : allemand, anglais, espagnol, français, italien, portugais.

XI^e Congrès International de Psychologie

Le XI^e Congrès International de Psychologie qui n'a pu se tenir, comme convenu, à Madrid, au mois de septembre 1936, se tiendra à Paris, à la Sorbonne, du 25 au 31 juillet 1937. La séance d'inauguration aura lieu le dimanche 25 juillet 1937 à 14 heures 30, sous la présidence de M. Yvon DELBOS, Ministre des Affaires Etrangères.

Ce Congrès sera consacré à l'étude du thème central : « *Du Mouvement à la Conduite* », thème qui sera traité en 5 Symposia :

1. *Morphologie des mouvements* ;
2. *La loi de l'effet dans l'apprentissage et son interprétation* ;
3. *L'acquisition des habitudes* ;
4. *Développement moteur et développement mental chez l'enfant* ;
5. *Comportements animaux et conduites humaines*.

Outre ces Symposia, le Congrès comprend quelques *Conférences*, des *Commissions*, des *Communications* dont le programme sera donné ultérieurement.

Pour s'inscrire et pour tous renseignements, s'adresser à M. I. MEYERSON, *Secrétaire général*, au Laboratoire de psychologie de la Sorbonne (Paris, V^e arrondissement).

IX^e Congrès International de Philosophie

Le IX^e Congrès International de Philosophie se tiendra à Paris du 1^{er} au 6 août 1937, en commémoration du tricentenaire du « Discours de la Méthode ».

Premier Congrès International de Psychiatrie infantile

Le 1^{er} Congrès International de Psychiatrie infantile se tiendra à Paris (Maison de la Chimie, 28, rue Saint-Dominique, VII^e arr.) du 24 juillet au 1^{er} août 1937.

La séance d'inauguration aura lieu le samedi 24 juillet 1937, à 9 heures 30, sous la présidence de M. Henri SELIER, Ministre de la Santé publique.

Ce Congrès sera consacré à l'étude des questions suivantes :

1. *Les bases neuro-physiologiques de la psychiatrie infantile* ;
2. *Les réflexes conditionnés en psychiatrie infantile* ;
3. *Les méthodes d'éducation selon les troubles de l'intelligence et du caractère chez l'enfant* ;
4. *La débilité mentale comme cause de délinquance infantile et juvénile*.

Ces questions seront l'objet de rapports. Des séances de communications sont également prévues.

Prière d'adresser les adhésions à M. le D^r GIMBERT, *trésorier*, 11, rue Duroc, Paris (VII^e).

X^e Congrès des Sociétés d'Oto-neuro-ophtalmologie

Le X^e Congrès des Sociétés d'Oto-neuro-ophtalmologie (Réunion Internationale en langue française) se tiendra à Genève, les 14, 15 et 16 mai 1937.

Question mise à l'ordre du jour du Congrès : *Les voies vestibulaires centrales et leurs perturbations*. Rapporteurs : 1^o *Anatomie de ces voies* : M. le Professeur VAN GEHUCHTEN (de Louvain) ; 2^o *Essai sur les syndromes topographiques de ces voies* : M. le Professeur BARRÉ (de Strasbourg).

Pour la discussion de ces rapports et pour les communications, s'inscrire auprès du D^r A. TOURNAY, *Secrétaire général*, 58, rue de Vaugirard, Paris (VI^e arrondissement).

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

MESURE DE L'INTELLIGENCE

par la méthode des tests, chez l'étudiant d'Université

PAR

AUG. LEY et M.-L. WAUTHIER

Qu'on ne cherche point dans ce travail de considérations ni d'études sur la nature et les formes de l'intelligence intégrale, mais simplement la mise au point d'un ensemble d'épreuves pratiques destinées à déceler chez les étudiants d'université les niveaux d'intelligence globale, dans le sens que donne à cette notion le Professeur Claparède. Celle-ci est représentée par la moyenne d'une série assez nombreuse de tests qui, nous nous en rendons compte, sont loin de renseigner sur toutes les modalités de l'intelligence et n'appréhendent pas notamment certaines fonctions subtiles, telles l'ingéniosité inventive, la capacité d'imagination créatrice et les finesses de l'auto-critique.

Dans leur ensemble, ces tests, plus ou moins bien ou plus ou moins rapidement réussis, permettent de dégager des conclusions sur la valeur de l'intelligence considérée comme fonction d'adaptation à résoudre correctement et par la pensée des problèmes nouveaux (W. Stern) (1).

(1) W. STERN. — *Die Intelligenz der Kinder und Jugendlichen und die Methoden ihrer Untersuchung*. 3 Aufl., Leipzig, 1923.

Cet aspect dynamique de l'intelligence s'oppose tout naturellement aux fonctions de pure mémoire qui s'appliquent seulement à conserver l'acquis.

Nous avons la conviction, appuyée par les travaux expérimentaux modernes, qu'une fonction mnésique puissante est à la base d'une intelligence bien développée. Mais on peut se demander si, dans l'appréciation des capacités des étudiants d'université, faite au cours d'un examen oral de quinze à vingt minutes, et portant le plus souvent sur des connaissances passivement mémorisées, la part de l'intelligence n'est pas sacrifiée et si des sujets de réelle valeur intellectuelle ne subissent pas des échecs injustifiés.

D'autre part, on est parfois stupéfait de constater que l'accès aux études supérieures et la réussite aux examens de certains sujets ait été possible alors que l'observation de leur activité dans la vie pratique et professionnelle démontre d'évidentes lacunes dans les fonctions d'adaptation et de jugement.

Lorsqu'on veut examiner l'intelligence, on doit se la représenter comme un complexe hiérarchiquement supérieur aux simples fonctions d'acquisition. Il faut considérer surtout les fonctions de *compréhension*, de *discrimination*, de *coordination* spatiale et temporelle, qui comportent les rapports de cause à effet, du tout à la partie, de la subordination et du moyen au but, les fonctions de *combinaison* qui permettent de combler une lacune dans un ensemble, ce qui les apparente à l'imagination créatrice, les fonctions d'*abstraction* et de *généralisation*, celles du *raisonnement* avec ses modalités, la déduction et l'induction, avec son exercice de la critique et de la vérification, permettant de le conduire pragmatiquement en relation et en conformité avec les faits réels. Le raisonnement comporte aussi le *choix* des idées appropriées aux problèmes qu'il s'agit de résoudre.

On arrive assez aisément à construire un ensemble de petites épreuves courtes et multiples qui explorent ces diverses modalités fonctionnelles. Nous nous rendons parfaitement compte toutefois, que, pour juger intégralement de l'intelligence d'un sujet, il faudrait considérer sa personnalité synthétique, ses extériorisations, son activité volontaire, et, par conséquent, apprécier son affectivité. On se trouverait obligé, si l'on voulait étudier la véritable capacité d'action intelligente d'un individu, et connaître sa valeur réelle, d'observer son rendement au cours de toute son existence, d'étudier et d'analyser l'histoire complète de sa vie qui montrerait ses facultés éventuelles de choisir et de prévoir, de s'organiser en vue d'un but lointain et élevé, de faire

perdurer son effort, d'en régler l'action d'après les résultats obtenus et finalement de combiner cet effort avec celui des autres hommes.

Cet idéal d'une connaissance intégrale de l'individu ne peut évidemment être réalisé par les seuls tests. Ceux-ci doivent se faire à des moments courts, déterminés d'avance, tandis que l'exercice des fonctions dont nous venons de donner une esquisse n'apparaît qu'à certains moments spéciaux et privilégiés, et que seule une observation prolongée est capable de les déceler.

Cependant, on peut rappeler qu'Alfred Binet (1) a fait remarquer depuis longtemps que « si les facultés intellectuelle et scolaire sont indépendantes, elles ne sont pas contradictoires, elles se développent dans le même sens ». Il existe une corrélation évidente entre les connaissances élémentaires et courantes d'un sujet et ses capacités intellectuelles. On classera immédiatement, parmi les débiles mentaux, celui qui, dans notre milieu habituel et sauf exception rarissime, ne pourra pas nommer les jours de la semaine ou ne connaîtra pas la capitale de la France.

De même, on pourra aussi, avec une grande probabilité, affirmer que des réponses favorables au test à questions multiples et mêlées, lorsqu'il est bien étalonné pour un milieu déterminé, indiqueront un sujet possédant les éléments d'une bonne intelligence. Seuls des traits de caractère et d'affectivité exceptionnels et péjoratifs pourraient intervenir pour en entraver l'exercice et surtout la mise en pratique.

Les examens universitaires et l'appréciation de l'intelligence

Dans ces dernières années de nombreuses critiques ont été émises sur la valeur de ces examens.

Déjà en 1913, Morlé (2) étudiant les bases de la notation d'une copie d'écriture, constatait des contradictions entre les correcteurs, et signalait le manque de base précise et uniforme pour la correction d'épreuves d'examens.

En 1927, L. Laugier et D. Weinberg (3) ont examiné dans quelle mesure les cotes de l'examen écrit sont influencées par la

(1) A. BINET. — Nouvelles recherches sur la mesure du niveau intellectuel chez les enfants d'école. *Année psychologique*, XVII, 1911, p. 162.

(2) *Bulletin de la Société Alfred-Binet*, mai 1913, n° 88.

(3) L. LAUGIER et D. WEINBERG. — Le facteur subjectif dans les notes d'examen. *Année psychologique*, XXVIII, 1927, pp. 236-244.

personnalité de l'examineur. Ils constatent que dans un des concours les plus élevés de l'organisation universitaire, les corrections de 166 copies, faites par deux examinateurs, bien qu'elles correspondent systématiquement chacune à la courbe en cloche, ne coïncident pas.

Ils signalent notamment que deux épreuves jugées équivalentes par l'un des professeurs, sont placées par l'autre, l'une en tête, l'autre en queue de liste.

Les mêmes auteurs ont poursuivi leurs recherches dans cet ordre d'idées et ont fourni ultérieurement plusieurs travaux à tendances analogues (1). Ils montrent, par exemple, que, sur 20 candidats à un examen de philosophie, 8 seulement sont admis d'accord par les deux examinateurs ; tandis que 12 sont admis par l'un et refusés par l'autre. Ils montrent aussi la variabilité des appréciations d'un même professeur lorsqu'on lui représente les mêmes copies 10 mois ou 3 ans après.

Pour arriver à supprimer l'influence du facteur subjectif dans un jury, il faudrait que celui-ci se composât d'au moins 13 membres.

Une personne intelligente mais ignorante en matière philosophique est parvenue à apprécier les copies avec un coefficient de corrélation très rapproché de celui des professeurs de philosophie eux-mêmes.

Henri Piéron (2) a, dans de nombreux travaux, attiré l'attention sur la nécessité de modifier la technique des examens et de créer une « docimologie » précise. Il a fait remarquer que l'on n'est pas toujours d'accord si l'examen porte sur un bagage de connaissances ou sur l'aptitude mentale à acquérir celles-ci.

Il a montré aussi que deux examinateurs peuvent coter dans des sens très différents (3) et a souligné les inconvénients des examens selon la formule ordinaire. Il préconise d'y ajouter des « tests mentaux » en signalant toutefois les désavantages que

(1) L. LAUGIER et D. WEINBERG. — *Année psychologique*, XXXI, 1930, pp. 229-241.

Pour l'Ere Nouvelle, XIV, n° 107, mai 1935, p. 99.

(2) H. PIÉRON. — La critique expérimentale des méthodes d'examen. *Bulletin de la Société française de Pédagogie*, 1928, n° 27, pp. 20-26.

LAUGIER, H. PIÉRON, Mme PIÉRON. — Examen critique de la valeur sélective du certificat d'études. Comparaison de cet examen avec une épreuve par tests. Contribution à une docimastique rationnelle. *Comptes rendus de la 4^e Conférence Internationale de Psychotechnique*, Paris, Alcan, 1928.

(3) H. PIÉRON. — La technique des examens et la nécessité d'une docimologie. *La Prophylaxie mentale*, Paris, 1934, 9^e année, n° 39.

peuvent présenter ceux-ci, si on les automatise ou s'ils ne sont pas suffisamment inédits (1).

Dans une chronique docimologique, Mlle Weinberg (2) analyse les travaux de C.-W. Valentine (3) et de W. Perret (4), qui montrent l'utilité de l'application des tests d'intelligence comme correctifs aux résultats des examens.

Un autre travail de C.-W. Valentine (5) représente une critique très vive de la valeur des examens tels qu'ils sont actuellement compris pour l'admission aux études supérieures.

J.-C. Jugnat (6) signale aussi les divergences d'appréciation des correcteurs en matière de composition française.

P. Quercy et J. Monnin (7) ont trouvé des corrélations entre le classement des écoliers d'après un test d'intelligence et d'après le travail scolaire.

D'autres travaux encore ont paru dans divers pays montrant la préoccupation actuelle très générale de compléter les épreuves des examens par des tests d'intelligence (8). Signalons aussi l'étude de Mme Fr. Baumgarten sur la méthode des tests (9).

(1) H. PIÉRON. — Sur les examens. Pour l'Ere Nouvelle, Paris, 13^e année, n° 101 octobre 1934.

(2) Prophylaxie mentale, 1935, 10^e année, n° 41.

(3) C. W. VALENTINE. — The reliability of examinations. An inquiry. University of London Press, London, 1932.

(4) W. PERRET. — Ueber die Bewärtung der Abiturienten der Arztlichen und Zahnärztlichen Vorprüfung. Frommhold und Wendler, Leipzig, 1934, p. 23.

(5) C. W. VALENTINE. — Die Unzuverlässigkeit der Prüfungen. Viertelj. f. Jug., III, 1933, pp. 137-143. (Voir Année psychologique, 1933, p. 107).

(6) J. C. JUGNAT. — Une expérience sur la notation de la composition française aux examens. L'Ecole et la Vie, 15 mars 1929, n° 26, p. 405.

(7) P. QUERCY et J. MONNIN. — Classement des écoliers par les tests, par les maîtres, par le hasard. Année psychologique, XXXIII, 1932.

(8) ROCHLIN. — College mental Hygiene in the Ukraine, U.R.S.S. Mental Hygiene, vol. XIV, July 1930.

D. W. HARDING. — Psychological aspects of the examination system. Hum., F. VII, 9, 1933, pp. 291-300. (Analysé dans l'Année psychologique, 1933, p. 1071).

St. SEDLACZEK et WRONO. — Résultats des examens psycho-techniques et réussite scolaire. Psychotechn., VIII, 1934. (Analysé dans l'Année psychologique, 1934, pp. 784-785).

Marie KACZYNSKA. — Succès scolaire et intelligence. Préface de Claparède. Collection d'actualités pédagogiques. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel et Paris, 1936.

Emma FRITSCHÉ. — Quelques réflexions concernant les examens. Association médico-pédagogique liégeoise, fasc. XII, juin 1935. (L'auteur signale les études du Prof. Gravis, de Liège, sur la question).

(9) Dr FR. BAUMGARTEN. — Die Testmethode. (Abderhalden's Handbüch der biologischen Arbeitsmethoden). Abt. VI. Teil C. II, 2. Urban und Schwarzenberg, Berlin-Wien, 1935.

ELABORATION D'UN TEST MENTAL UNIVERSITAIRE.

Nous nous sommes proposés de créer et d'étalonner un test collectif d'intelligence pour adultes, spécialement adapté au milieu universitaire.

Il est impossible de se servir, pour le but que nous poursuivons, des tests d'intelligence connus, dont la plupart ne sont plus inédits pour beaucoup d'étudiants. Certaines de ces épreuves actuellement utilisées ont un but très particulier et n'éclaireront souvent qu'un aspect trop restreint de l'intelligence.

Nous avons pris connaissance de la plupart des épreuves sur lesquelles des travaux ont été publiés : Cuff et Donovan (1) ont donné une étude statistique sur les tests d'intelligence récemment utilisés dans les écoles normales des Etats-Unis. On y emploie quatre groupes de tests :

- 1) Le « Terman Group test of mental ability », qui est une adaptation américaine des tests de Binet-Simon.
- 2) The « Otis » self administring test of mental ability.
- 3) The « Thurstone » psychological examination.
- 4) The « Ohio State » university psychological tests.

Nous avons aussi consulté quelques travaux récents concernant les tests mentaux en tenant compte du travail énorme fourni par Decroly et Buyse (2), en 1928, dans lequel ils résument l'état des procédés de mesure de l'intelligence jusqu'à cette époque.

Nous nous sommes inspirés aussi du beau livre de Claparède (3), ainsi que des travaux de Bobertag et Hylla (4), de Lange (5), et de Graf (6), qui ont fait l'examen de l'intelligence chez des recrues de l'armée bavaroise et des candidats au service

(1) N. B. CUFF and H. L. DONOVAN. — Intelligence testing in teachers Colleges. *School and Society*, XXXVI, 939, 1932, pp. 830-832.

(2) DECROLY et BUYSE. — *La pratique des tests mentaux*, Paris, Alcan, 1928. Voir aussi DECROLY : L'état actuel des procédés de mesure de l'intelligence. *Bulletin de la Société des Sciences Médicales et Naturelles*, 1925.

(3) CLAPARÈDE. — *Comment diagnostiquer les aptitudes chez les écoliers*. Paris, Flammarion. 1925.

(4) BOBERTAG u. HYLLA. — *Begabungsprüfung für den Uebergang von der Grundschole zu weiterführenden Schulen*, Langensalza, 1925.

O. BOBERTAG. — Testheft zur Begabungsprüfung von Erwachsenen. *Verlag d. Zentralinstituts f. Erziehung u. Unterricht.*, Berlin, W. 35.

(5) LANGE. — Ueber Intelligenzprüfungen an Normalen. *Kræpelins psychologische Arbeiten*, 7, 1922.

(6) O. GRAF. — Psychologische Untersuchungen an Zwanzigjährigen. *Kræpelins Psychologische Arbeiten*, 9, 1927.

de la police, de Argelander (1), qui a employé chez les étudiants le cahier de tests de Bobertag, et avons consulté dans le travail de Erich Stern (2) la partie qui concerne la méthode des tests collectifs. On trouvera aussi dans le livre de Ledent et Wellens (3) des indications utiles sur la méthode des tests.

Nous citerons encore les travaux de Fessard (4) qui indiquent l'importance des formules mathématiques dans l'appréciation statistique des tests, de Hanly Furfey (5) qui montre que les tests ne mesurent pas toute la personnalité, de H. Piéron (6) qui admet la nécessité de tenir compte pour l'appréciation et la différenciation des niveaux élevés de l'intelligence, de la *vivacité* intellectuelle en faisant intervenir le temps d'exécution du test, de Bassine, Gordon, Lebedinsky et Frizmann (7) qui recommandent l'analyse individuelle des résultats obtenus dans les épreuves collectives, de Nihard (8) qui donne des critères pour la valeur des tests collectifs d'intelligence.

Comme tests d'intelligence globale pour adultes, nous retenirons surtout les quatre groupes d'épreuves suivantes :

- 1° Les tests d'adulte de Binet-Simon (9) ;
- 2° Les tests d'adulte supérieur et d'adulte moyen de Claparède (10) ;
- 3° Les tests P.V. de Simon (2° forme) (11) ;
- 4° Les épreuves collectives verbales à questions mêlées de l'Institut Carnegie (Thurstone) (12) avec leur adaptation espagnole par Mira (13) et française par Piéron et Decroly (12).

(1) ARGELANDER. — Eine Intelligenzprüfung an Studierenden nach dem Testheftverfahren von Bobertag. *Zeitschrift f. Psychologie*, 123, 1931.

(2) ERICH STERN. — Die Testheft Methode. *Aberhalden's Handb. der biologischen Arbeitsmethoden*, Abt. VI, Teil C. II, pp. 1389-1401.

(3) LEDENT et WELLENS. — *Précis de Biométrie*, 2° édit., Liège.

(4) A. FESSARD. — La précision et la cohérence des résultats dans les examens par tests. *Année psychologique*, XXVIII, 1927, pp. 205-235.

(5) HANLY FURFEY. — *A scale for measuring developmental age Mental Hygiene*, New-York, vol. XIV, janvier 1930, n° 1.

(6) H. PIÉRON. — Quelques données sur un test pour l'épreuve de hauts niveaux d'intelligence. *B.I.N. Or. Profess.*, IV, I, 1932, pp. 1-5.

(7) BASSINE, GORDON, LEBEDINSKY, FRIZMANN. — Sur la méthode de l'analyse psychologique dans l'élaboration des tests collectifs. *Soc. Psych.*, VI, 2, 1933, pp. 137-151. En russe. (Analysé dans *Année psychologique*, 1933, pp. 1080-1081).

(8) NIHARD. — *La méthode des tests*. Editions du Cerf, Juvisy, 1933.

(9) *Année psychologique*, 1908 et 1911.

(10) *Comment on étudie les aptitudes chez les écoliers*. Paris, Flammarion, 1925.

(11) Paris, chez Hachette.

(12) Voir DECROLY et BUYSE. — *La pratique des tests mentaux*. Paris, Alcan, 1928.

(13) MIRA. — *Investigacio de la intellig.* *Anal. del Institut. de Orient. Profess.*, I, n° 2, Barcelona.

C'est une épreuve collective de ce dernier genre que nous avons établie et étalonnée et dont nous donnerons dans ce travail les résultats détaillés.

Nous avons antérieurement contribué aux résultats de l'épreuve, cités succinctement dans le livre de Decroly et Buyse et dont le détail a été publié par Decroly (1) en 1925.

Il y a quelques années aussi, nous avons cherché à établir en collaboration avec M. G. Vermeulen une série graduée d'épreuves analogues à celles qui ont été utilisées par Rossolimo (2) dans son profil psychologique et par Vermeulen (3) dans son psychogramme.

Il s'agissait d'une série d'épreuves graduées en cinq degrés de difficulté croissante qui étudiaient successivement les fonctions mentales suivantes : attention, mémoire, compréhension, jugement et raisonnement, habileté technique et combinaison pratique. Les résultats de ces expériences n'ont pas été publiés et nous croyons intéressant d'en donner ici un résumé.

Nous avons testé individuellement 78 élèves d'Université dont 27 étudiantes et 51 étudiants âgés en moyenne de vingt ans. Les épreuves destinées à l'examen des différentes fonctions intellectuelles citées, étaient graduées par ordre de difficulté croissante en cinq degrés.

Les résultats de cet essai ont montré la possibilité d'exécuter cette expérience, mais il conviendrait, en la reprenant, de partir de données plus précises et plus objectives afin de dresser pour les divers niveaux de développement mental de l'adulte, un profil psychologique étalonné, semblable à celui proposé par M. Vermeulen pour les enfants.

La comparaison des profils psychologiques obtenus, nous a permis de déterminer certains types individuels d'intelligence, caractérisés les uns par une prédominance des fonctions d'acquisition, les autres par un développement plus accentué des fonctions créatrices.

Certains profils montrent aussi une discordance nette entre les fonctions intellectuelles proprement dites et les fonctions de combinaison pratique et d'habileté motrice. Ils se rencontrent

(1) L'état actuel des procédés de mesure de l'intelligence. *Bull. de la Soc. des Sciences Médicales et Naturelles*, 1925, *loc. cit.*

(2) ROSSOLIMO. — Die psychologische Profile. *Klinik für psychische u. nervöse Krankheiten*, 6-8, 1912-1914. Das psychologische Profil und andere experimentelle psychologische individuelle und kollektive Methoden zur Prüfung der Psychomechanik bei Erwachsenen und Kindern. Halle, Marhold, 1926.

(3) VERMEULEN. — Les débiles mentaux. *Bulletin de l'Institut général psychologique*, Paris, 1923.

chez des sujets qui se sont développés plus dans le sens de l'abstraction que dans celui des applications manuelles pratiques. Nous avons déjà, dans ces épreuves, constaté une corrélation nette entre les résultats généraux du test et ceux des examens universitaires. Soixante-dix élèves avaient subi à la fois l'épreuve des tests et un examen légal. 60 % des sujets qui occupaient pour les tests les deux quartiles supérieurs avaient obtenu des grades à l'examen, représentant au moins 7/10 des points, tandis que 40 % seulement de ceux qui occupaient les deux quartiles inférieurs se trouvaient dans les mêmes conditions.

Nous nous rendons compte d'ailleurs qu'il s'agit ici de vérité de groupe et non de diagnostic individuel.

C'est après avoir procédé à ces essais que nous nous sommes arrêtés à l'épreuve à questions mêlées dont nous allons donner la description et les résultats.

TECHNIQUE DE L'ÉPREUVE PROPOSÉE.

L'ensemble des cinquante questions, inédites pour les étudiants, a été inspiré par l'épreuve collective à questions mêlées proposée par Thurstone et dont il a été question plus haut.

La présentation est faite sous forme d'un cahier dactylographié que les élèves doivent remplir et dont la première page porte, outre les indications d'identité, les prescriptions et recommandations suivantes :

N'ouvrez pas ce cahier avant d'y avoir été invité.

Il contient des questions auxquelles on vous demande de répondre. Lisez attentivement et écrivez les réponses dans l'ordre indiqué.

Si vous ne trouvez pas une réponse *ne vous attardez pas* et passez à la question suivante.

Tâchez de répondre le *plus rapidement possible*.

Les cahiers seront relevés après une demi-heure.

Ne parlez à personne pendant cette épreuve.

Il comporte des questions diverses que nous pouvons grouper comme suit et dont nous ne donnerons pas le détail, leur suite étant très analogue à celle qui se trouve rapportée dans le livre de Decroly et Buyse au passage cité plus haut.

1° Épreuves d'achèvement : phrases à compléter.

2° Épreuves d'assemblage :

a) bouts de phrases dissociées à réunir logiquement ;

b) test de Masselon : loger trois mots dans une phrase.

3° Epreuves de *compréhension* : explication de proverbes consistant à choisir, parmi plusieurs affirmations, celles dont le sens se rapproche le plus du proverbe proposé.

4° Epreuves de *raisonnement* et de *jugement* :

Syllogismes à compléter ou à critiquer.

Séries progressives de nombres à continuer dont il faut trouver le rythme.

Recherche de rapports de cause à effet.

5° Epreuves d'*esprit critique* : tests d'absurdité.

6° Tests de *relation d'idées* :

Synonymes et antonymes.

Choisir, dans une série de termes, le couple qui offre la même relation que deux mots donnés.

L'ensemble des cinquante questions a été ordonné de façon qu'il soit impossible de répondre exactement à toutes en une demi-heure. Le maximum atteint ne dépasse pas en ce temps limité 41 réponses exactes.

Cette limitation du temps accordé pour l'épreuve fait intervenir activement le facteur rapidité.

CORRECTION DU TEST ET ÉVALUATION DES RÉSULTATS.

La correction est aisée et nous avons eu soin de rendre l'évaluation aussi objective que possible.

Pour chaque sujet nous avons établi :

1° Le nombre de réponses exactes.

2° Le nombre de réponses inexactes.

3° Le nombre de questions non résolues.

Le nombre de réponses exactes renseigne sur la valeur du travail fourni en une demi-heure.

La somme des réponses inexactes et des questions non résolues en fournissent la contre-partie. L'analyse de ces dernières peut éclairer l'expérimentateur sur la méthode de travail adoptée par le sujet.

Nous avons utilisé ces chiffres pour établir dans l'ensemble des questions traitées, le pourcentage d'exactitude.

Nous avons assimilé les questions omises aux réponses inexactes, estimant en effet, qu'un sujet passe une question parce qu'il s'aperçoit en la lisant qu'il lui sera difficile de la résoudre, tout au moins avec rapidité.

Dans l'appréciation des résultats nous avons donc tenu compte de deux facteurs : exactitude et temps.

Pour chaque sujet nous avons calculé d'une part la somme des réponses exactes et d'autre part son pourcentage d'exactitude pour l'ensemble des questions abordées.



Nous avons soumis à cette épreuve un ensemble de deux cent quatre-vingts élèves d'Université dont 71 étudiantes et 209 étudiants âgés en moyenne d'un vingtaine d'années. La grande majorité d'entre eux accomplissait la première ou la seconde année d'études universitaires. Ils se répartissaient comme suit dans les différentes facultés :

FACULTÉ DE PHILOSOPHIE			FACULTÉ DES SCIENCES			FACULTÉ DE MÉDECINE			ECOLE POLYTECHNIQUE			ECOLE DE PÉDAGOGIE		
♂	♀	Total	♂	♀	Total	♂	♀	Total	♂	♀	Total	♂	♀	Total
64	40	104	38	15	53	42	4	46	46	2	48	19	10	29

Les élèves de l'Ecole de Pédagogie constituent un groupe moins homogène parce qu'ils poursuivent ces études universitaires à des âges assez différents.

ETALONNAGE DU TEST.

Une courbe de Gauss dressée en groupant les résultats obtenus par séries de 4, nous a tout d'abord démontré par sa régularité que le nombre des sujets examinés est suffisant.

La même assurance, quant à la suffisance du nombre des sujets, a pu nous être donnée aussi pour la comparaison faite entre les résultats obtenus par les étudiants et ceux obtenus par les étudiantes. Les courbes en cloche tracées pour les deux sexes ont montré une régularité respective suffisante. Nous indiquons ci-dessous la moyenne des résultats obtenus par l'ensemble des sujets.

Moyennes des réponses exactes :

Mode : 23.

Médian : 24.

Moyenne arithmétique : 25.

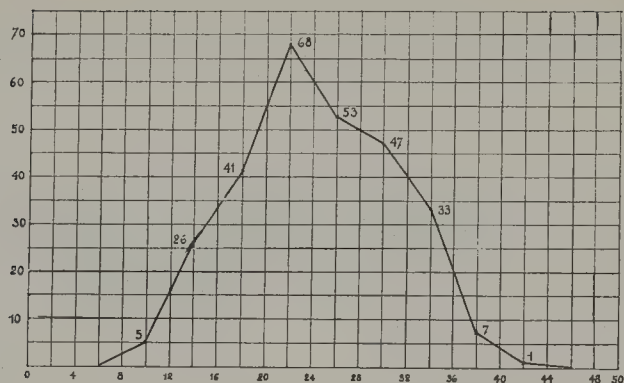


FIG. 1. — Courbe de fréquence des réponses exactes. En abscisse, le nombre des questions résolues. En ordonnée, le nombre d'étudiants qui les ont résolues.

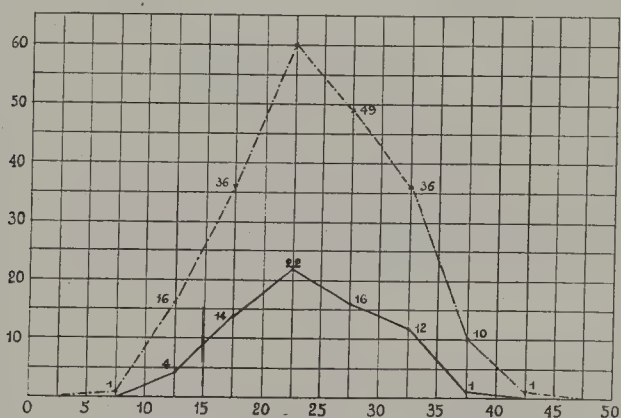


FIG. 2. — Courbe de fréquence des réponses exactes :
 ————— étudiantes
 - - - - - étudiants

La fréquence la plus élevée tombe à 22, ce qui est un peu inférieur au cinq dixièmes du maximum des réponses exactes à fournir (50).

Groupés en séries par rangs, selon la courbe en ogive de Galton, les résultats permettent de répartir les sujets en déciles et en centiles et de se rendre compte aisément de la place occupée par l'un d'eux dans l'échelle de valeur représentée par le test.

Le sujet qui correspond au sixième décile a résolu exactement 25 questions sur 50, moyenne arithmétique.

COMPARAISON DES RÉSULTATS DES ÉTUDIANTS ET DES ÉTUDIANTES.
CONTRIBUTION A LA PSYCHOLOGIE DIFFÉRENTIELLE.

Nous avons tracé les courbes de fréquence des réponses

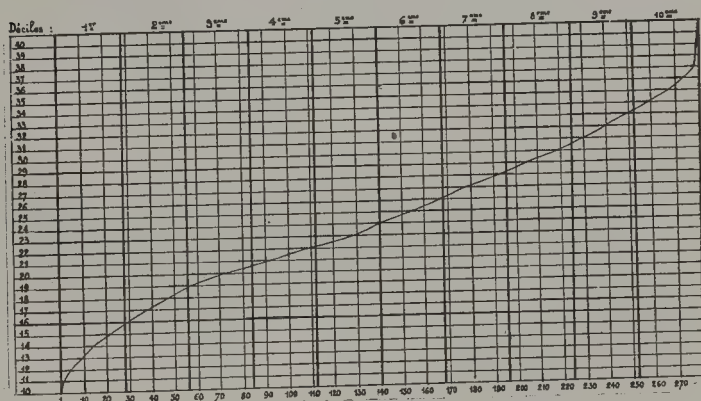


FIG. 3. — En abscisse : les sujets répartis par rang.
En ordonnée : nombre de questions exactement résolues par chacun d'eux.

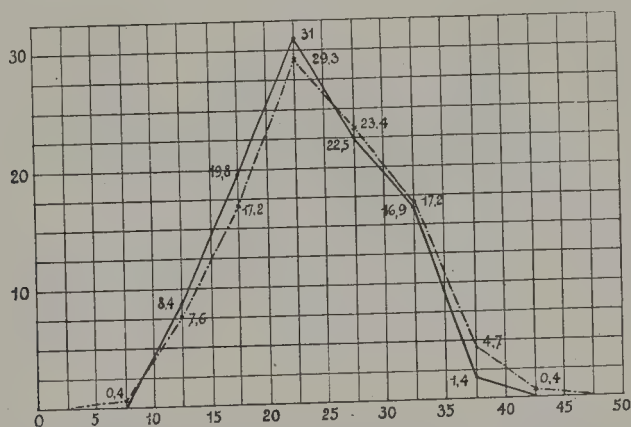


FIG. 4. — Courbe comparative des résultats pour les deux sexes
(total ramené à 100)
————— étudiantes
----- étudiants

exactes des 71 étudiantes et des 209 étudiants. Pour faciliter la comparaison, nous avons ramené à 100 le nombre de sujets pour chacun des groupes.

En comparant les deux graphiques nous constatons :

1° Que la fréquence la plus élevée pour les deux groupes tombe entre 20 et 25.

2° Que le pourcentage de sujets qui ont obtenu cette cote moyenne est sensiblement le même pour les filles et les garçons.

3° Dans l'ensemble, les étudiantes obtiennent cependant des résultats un peu inférieurs à ceux des étudiants. En effet, 28,2 % des filles et 24,8 % des garçons fournissent un résultat inférieur à la moyenne, alors que 39,8 % des filles et 45,7 % des garçons dépassent cette dernière.

Ceci est d'autant plus intéressant que la sélection préparatoire à l'Université est certainement plus étroite pour les jeunes filles que pour les garçons. Celles qui poursuivront des études universitaires représentent une catégorie de jeunes filles plus exceptionnelles, considérées au cours des études secondaires comme spécialement bien douées.

4° Ce sont presque uniquement des étudiants qui se classent dans le décile supérieur (10^e décile). Parmi les douze sujets ayant fourni plus de 36 réponses exactes, on ne compte qu'une seule étudiante.

5° Il est intéressant de constater que si l'on considère l'ensemble des sujets médiocres dont les résultats sont groupés dans la partie ascendante de la courbe, les étudiantes se montrent plutôt supérieures, tandis que pour les résultats des sujets les meilleurs, qui se répartissent dans la partie descendante de la courbe, les étudiantes se montrent légèrement inférieures. Le nombre des étudiants médiocres est donc plus grand que le nombre des filles de cette catégorie, tandis que le nombre d'étudiants d'élite est plus élevé que celui des étudiantes. C'est ce qui explique et confirme peut-être cette opinion jadis exprimée par Terman et Decroly (1) qu'il y a relativement plus d'anormaux, mais aussi plus de bien-doués parmi les garçons que parmi les filles.

Le sexe féminin représenterait ainsi une norme intellectuelle plus stable, offrant moins de grands écarts et de grandes variations. Son coefficient de dispersion des résultats est moins élevé.

(1) *Journal belge de Neurologie et de Psychiatrie*, 30^e année, décembre 1930, n° 12, p. 795.

Voir aussi DECROLY : Les enfants surdoués, à propos d'un cas de précocité intellectuelle. *Journal belge de Neurologie et de Psychiatrie*, XXX, n° 12, décembre 1930, p. 890.

ET DECROLY : Les mieux doués. *Bull. Intern. de la Protection de l'Enfance*, octobre 1924, pp. 914 à 932.

On peut s'imaginer les causes de cette différence dans le fait que la femme représente le principe de stabilité et de conservation, qu'elle est moins exposée aux altérations cérébrales, parce que, moins que l'homme, soumise aux influences nocives, et que sa nature plus passive, sa vie plus sédentaire, et ses tendances à s'occuper surtout des soins du foyer ne lui fournissent pas les excitants dynamiques qui conditionnent probablement chez l'homme une évolution cérébrale supérieure.

COMPARAISON DES RÉSULTATS DANS LES DIVERSES FACULTÉS.

*Pourcentage des réponses exactes dans chaque Faculté.
(résultats exacts classés par groupes de 5).*

RÉPONSES EXACTES	ECOLE DE PÉDAGOGIE	PHILOSOPHIE	SCIENCES	MÉDECINE	ECOLE POLY- TECHNIQUE
0-5.....	0	0	0	0	0
6-10.....	0	0	0	0	0
11-15.....	10,2	10,5	5,6	10,8	2,1
16-20.....	24,7	22,8	17	15,7	2,1
21-25.....	24,7	35,4	30,2	21,7	27,7
26-30.....	17	20	20,8	30,3	32
31-35.....	20	9,5	20,8	10,8	34
36-40.....	3,4	1,8	5,6	8,6	2,1
41-45.....	—	—	—	2,1	—
	23	25	25	26	28

Dans l'ensemble et dans les détails, les résultats des élèves de l'Ecole Polytechnique sont nettement supérieurs à ceux des autres Facultés.

Les élèves de cette Ecole sont seuls à présenter la fréquence la plus élevée entre 31 et 35 réponses exactes. Le médian et la moyenne des réponses exactes sont aussi les plus élevés pour les élèves de cette Ecole. Si l'on groupe les résultats supérieurs à la moyenne, c'est-à-dire ceux compris entre 26 et 45, on constate que les élèves de l'Ecole Polytechnique obtiennent le pourcentage le plus élevé.

L'explication de la supériorité de ce groupe se trouve dans le fait que ces élèves sont obligatoirement soumis à un très sérieux

examen d'entrée à l'Université. Une sélection s'opère ainsi et cette année encore sur 38 élèves qui se sont présentés, 26 seulement ont été admis. Une élimination du taux moyen de 30 %

FACULTÉ DE PHILOSOPHIE	ECOLE DE PÉDAGOGIE	FACULTÉ DES SCIENCES	FACULTÉ DE MÉDECINE	ECOLE POLYTECHNIQUE
31,3	40,4	47,2	51,8	68,1

se fait ainsi chaque année. La sélection est encore plus intense par le fait que peu se reconnaissent aptes à entreprendre des études considérées généralement comme difficiles et accessibles seulement à ceux qui ont de réelles aptitudes.

D'autre part, ce sont les élèves de la Faculté de philosophie et ceux de l'Ecole de Pédagogie qui obtiennent les moins bons résultats. La moyenne des réponses exactes et le médian sont en effet moins élevés pour ces deux groupes. Il est d'ailleurs à remarquer que le plus grand nombre des élèves de la Faculté de philosophie, qui ont subi notre épreuve, sont dans leur première année d'études et n'ont été sélectionnés encore par aucun examen universitaire.

Ajoutons que si l'on réunit pour chacune des Facultés les pourcentages des résultats inférieurs, c'est-à-dire ceux compris entre 0 et 25 points, on constate des résultats concordants, indiqués dans le tableau suivant :

FACULTÉ DE PHILOSOPHIE	ECOLE DE PÉDAGOGIE	FACULTÉ DES SCIENCES	FACULTÉ DE MÉDECINE	ECOLE POLYTECHNIQUE
68,7	59,6	52,8	48,1	31,9

Ces résultats sont analogues à ceux qui sont rapportés dans le travail cité plus haut relaté dans le livre de Decroly et Buyse (1).

*
**

(1) DECROLY et BUYSE. — *Loc. cit.*, pp. 260-262.

Nous avons aussi, à titre d'essai, appliqué ce test à un groupe de 29 élèves de rhétorique. Nous désirions savoir s'il existait des différences notables entre le niveau intellectuel des jeunes gens qui terminent les études secondaires et celui des élèves d'Université. Le petit nombre d'élèves examinés ne nous permet pas de tirer des conclusions définitives. La moyenne des réponses exactes pour ce groupe est de 21. Ce chiffre correspond au résultat obtenu par les sujets universitaires du 3^e décile.

Notre expérience semble donc montrer que le niveau des élèves universitaires est légèrement supérieur à celui des rhétoriciens. Le seul fait de l'accès aux études universitaires, sans examen d'entrée, implique donc déjà une sélection.

D'autre part, ce test fut encore appliqué à A..., une fillette de 12 ans 1/2 que nous suivons depuis son entrée à l'école primaire et qui a toujours été considérée comme bien douée. Malgré certaines questions qu'une enfant de cet âge ne peut résoudre, nous l'avons trouvée suffisamment réfléchie, attentive et persévérante pour la soumettre à l'épreuve du test.

Les résultats corroborent l'opinion de Binet qui avait remarqué que l'intelligence de l'adulte moyen, telle qu'elle peut être appréciée par certains tests, ne dépasse guère celle de l'enfant de 12 ans.

Réponses exactes	Réponses erronées	Questions omisées	Questions abordées
—	—	—	—
23	6	14	45

Les résultats d'A... la situent en effet parmi les adultes universitaires du quatrième décile.

Ce résultat, en apparence paradoxal, montre comment une enfant intelligente et bien douée a pu sélectionner les questions, omettre immédiatement celles qui au premier abord lui paraissaient impossibles à résoudre et arriver ainsi à une moyenne de réponses exactes qui se rapproche de celles des étudiants d'Université. Elle a saisi, avec un très remarquable bon sens, notamment les questions d'absurdité et les questions de logique élémentaire.

*
**

Nous pouvons affirmer que l'application de ce test permet d'établir des barèmes qui correspondent à des niveaux de développement intellectuel différents.

Deux professeurs d'Université soumis à cette épreuve obtiennent des résultats nettement supérieurs à ceux de la moyenne des étudiants.

Réponses exactes	Réponses erronées	Questions omises	Questions abordées	0/0 d'exactitude
—	—	—	—	—
39	7	—	46	84 0/0
40	6	4	50	80 0/0

Ils se situent dans le dixième décile, parmi les étudiants qui ont obtenu les meilleurs résultats, tant au test mental que dans les épreuves universitaires.

Il résulte de diverses épreuves faites individuellement chez des étudiants de niveaux intellectuels variés, que le test à questions mêlées que nous avons établi et étalonné nous permet de situer un sujet à un rang bien déterminé de la courbe galtonienne et de lui attribuer un « décile » qui correspond à son niveau mental.

EXACTITUDE ET RAPIDITÉ.

Le seul total des réponses exactes ne renseigne cependant pas avec une précision suffisante sur la valeur de l'épreuve. De même, certaines différences individuelles fondamentales restent inaperçues si l'on s'en tient uniquement au total des réponses exactes. Divers autres facteurs peuvent aussi influencer le résultat :

1° Le fait qu'un sujet omet délibérément les questions qui lui paraissent trop difficiles ou trop longues à traiter.

2° Le temps limité incite à aborder superficiellement le plus grand nombre possible de questions et ce au détriment de l'exactitude. C'est ainsi que l'examen minutieux des résultats de trois sujets fait apparaître de grandes différences individuelles malgré qu'ils se situent à un même rang de la courbe en ogive.

Réponses exactes	Réponses erronées	Questions omises	Questions abordées
—	—	—	—
25	2	1	28
25	23	2	50
25	10	15	50

Nous avons donc calculé, pour chaque élève, le coefficient d'exactitude. Celui-ci s'obtient en divisant la somme des réponses exactes par celle des questions abordées et en multipliant le quotient par 100.

Dans l'ensemble des résultats nous avons constaté une étroite corrélation entre la rapidité et l'exactitude. La moyenne du pourcentage d'exactitude pour les 20 élèves qui ont obtenu les meilleurs résultats est de 75,9 %, tandis que celui qui correspond aux 20 élèves qui ont les moins bons résultats n'est que de 37,9 %. Pour l'ensemble des 280 sujets le pourcentage d'exactitude s'échelonne entre 82 % et 26 %.

Nous avons aussi calculé la moyenne des cotes obtenues par les 20 élèves qui ont le pourcentage le plus élevé d'exactitude. Cette moyenne est de 32,7 et correspond à la côte obtenue par les élèves du 9^e décile.

La corrélation est aussi évidente pour les 20 élèves qui ont le pourcentage d'exactitude le moins élevé. La moyenne de leurs réponses exactes n'est que de 15. Cette cote correspond à celle obtenue par les sujets du 1^{er} décile.

Il semble donc habituel d'allier à l'exactitude dans le travail la rapidité de compréhension et d'exécution.

En général, les sujets qui se sont révélés les plus rapides sont aussi ceux qui ont abordé le plus consciencieusement toutes les questions en essayant de ne pas en omettre et de les résoudre toutes correctement. La réciproque est également vraie.

Le pourcentage d'exactitude ne semble donc pas fournir de nouvelles indications. Le nombre des bonnes réponses, rapidement faites, donne sur la valeur intellectuelle d'un sujet des précisions qui peuvent être considérées comme suffisantes.

Il semble, au contraire, que la connaissance du pourcentage d'exactitude favorise la compréhension de certains cas individuels. Joindre au total des bonnes réponses, le pourcentage d'exactitude, améliore parfois l'appréciation de la valeur d'un sujet qui appartient au type lent, réfléchi, consciencieux.

La connaissance du pourcentage d'exactitude permet aussi dans certains cas, d'ailleurs assez rares, de rectifier l'appréciation que l'on avait faite d'un sujet, qui avait obtenu un assez grand nombre de bonnes réponses. On s'aperçoit, en effet, qu'il a cherché à faire une sélection adroite parmi les questions et qu'en même temps sa hâte à vouloir les résoudre toutes, a amené un grand nombre d'erreurs.

Afin de préciser ces données, nous analyserons deux cas indi-

viduels. Les résultats obtenus sont indiqués dans le tableau suivant :

Nom —	Réponses exactes	Réponses erronées	Questions omises	Questions abordées
X. —	28	6	14	49
Y. —	23	5	—	28

Nous avons spécialement détaillé les résultats de ces deux sujets parce que nous avons pu obtenir sur eux des renseignements précis. Nous avons recueilli des indications sur leur méthode personnelle de travail et sur certains traits particuliers de leur caractère. Pour ces deux jeunes gens, il nous a été possible de parcourir les rapports trimestriels envoyés aux parents durant leurs études secondaires et les questionnaires remplis par ces derniers. Ces questionnaires sont destinés à renseigner le personnel de l'école sur le développement antérieur, les intérêts spontanés de l'enfant, sur ses réactions affectives. Nous avons trouvé dans ces documents la confirmation de notre test.

Y... est un jeune homme calme, réfléchi, doué d'une fine sensibilité. Il n'aime pas s'extérioriser et préfère la solitude à la compagnie d'enfants de son âge.

D'humeur toujours égale, il attire cependant la sympathie de tous par sa douceur et son sérieux. Au point de vue intellectuel, la plupart de ses professeurs sont d'accord pour constater qu'il a grand tort de s'extérioriser aussi peu, de rester terne et passif, alors qu'il a cependant en lui de grandes qualités insoupçonnées. Dans les renseignements fournis par la mère, nous lisons encore que « dans son mode habituel de travail il manifeste toujours une mise en train lente, mais montre par contre beaucoup de persévérance dans tout ce qu'il entreprend ». Nous résumerons son activité intellectuelle en reproduisant textuellement l'appréciation qu'en a donné son professeur de mathématiques au cours du dernier trimestre de rhétorique : « Y... montre un esprit posé, réfléchi, mais il s'extériorise trop peu. Il dit très rarement des choses inexactes, mais est très lent. »

X... est un jeune homme de 20 ans. Il a un tempérament nerveux, actif et une tendance à se montrer assez autoritaire. Il est sujet à de brusques sautes d'humeur. Nature très indépendante, il n'admet ni critique, ni conseil de qui que ce soit. Il peut difficilement se conformer aux règles acceptées par ses condisciples. La plupart de ses professeurs se plaignent de son irrégularité dans le travail. Nous empruntons à un rapport établi par l'Institut Psychotechnique de Lausanne

les renseignements que nous reproduisons sur son développement intellectuel : « L'attention exigeant de sa part un certain effort de volonté n'est pas toujours aussi concentrée qu'il le faudrait. Le champ de l'attention est plutôt restreint. La concentration de la pensée n'est pas assez forte pour lui permettre de retenir un ensemble de détails, les données d'un problème par exemple, car lorsqu'il pense à l'un de ces détails, les autres lui échappent. Pour résoudre un problème, il se laisse tout d'abord guider par son intuition, et se lance d'emblée vers une solution qu'il a entrevue et qui peut être bonne ou mauvaise. Il arrive ainsi que si sa seule intuition ne l'a pas amené au but, il se sent désemparé : c'est ce qui peut expliquer qu'il commence souvent quelque chose sans penser à le finir. »

Ces deux brèves esquisses font ressortir les traits fondamentaux des caractères opposés de ces deux sujets.

Le premier a abordé 28 questions seulement. Il appartient au type calme, lent, profond, réfléchi, qui n'a rien omis et a résolu chaque épreuve avec persévérance et exactitude.

Le second, au contraire, a parcouru la série complète des questions avec son esprit impulsif et superficiel et a commis des erreurs très nombreuses.

Cette analyse des résultats fournis par deux sujets de type dynamique différent montre que le test psychologique dont nous nous sommes servis peut être utilisé pour la psychologie différentielle des individus et qu'il permet notamment de distinguer très nettement le type lent, consciencieux et exact, du type rapide, éparpillé et imprécis. Les facteurs qui déterminent ces types sont évidemment d'ordre *affectif*, de sorte que le test nous permet de pénétrer et d'apprécier aussi certains éléments de ce domaine.

C'est ainsi que d'une façon générale le nombre des questions abordées, en un temps limité, indique déjà si l'on est rapide ou lent. La ténacité dont un sujet fait preuve pour résoudre une question difficile le situe parmi les natures réfléchies et consciencieuses.

D'autres sujets, au contraire, révèlent leur esprit superficiel, leur impulsivité, en essayant d'aborder tous les problèmes sans les approfondir.

Les réponses à la question suivante :

28. — Inscrivez, à côté de chacun des numéros, les lettres correspondant aux bouts de phrases qui se complètent.

1. C'est en nous- A. de ceux qui a. le privilège de
même vous encensent la fortune

- | | | | |
|---------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| 2. | Il faut se défier plus | B. par l'usage qu'on en fait | b. de le reconnaître franchement |
| 3. | Il ne faut pas espérer | C. que se cache souvent | c. aux soucis de l'existence |
| 4. | Il ne faut pas craindre | D. qui s'unit très souvent | d. que de ceux qui vous critiquent |
| 5. | Il faut savoir mériter | E. quand on s'est trompé | e. les sources des joies supérieures |
| 6. | La vanité est un défaut | F. échapper plus que les autres | f. à la bêtise |
| 7. | Sous l'influence d'un mauvais ami | G. qui tarit sottement en lui | g. notre plus grand ennemi |
| 8. | Le privilège le plus précieux | H. est de pouvoir être | h. entraîné à sa perte |
| 9. | L'égoïste est un être | I. on peut parfois être | i. utile à ses semblables |

ont mis en évidence ceux qui n'ont pas hésité à y consacrer un temps relativement long. La réponse exacte réside ici bien plus dans la persévérance dont on doit faire preuve que dans l'effort d'intelligence à produire. Ceux qui visent surtout à obtenir un résultat optimum rapide ont souvent préféré omettre cette question, trop longue à leur gré.

Faire compléter des phrases dont le texte oblige le sujet à livrer un peu de lui-même favorise la connaissance de certains traits du caractère.

Le fait que beaucoup de sujets se sont abstenus de compléter cette phrase :

« 5. Complétez la phrase suivante :

.....n'a pas de valeur à mes yeux. »

peut se comprendre comme une manifestation de défense.

Un étudiant l'avoue d'ailleurs, en inscrivant : « Je ne complète pas cette phrase parce qu'elle peut révéler certains traits de mon affectivité. »

Certaines questions ont comme conséquence inattendue de provoquer insidieusement des réponses bien révélatrices des intérêts.

C'est ainsi qu'un étudiant en sciences complète la phrase :

.....scintille au soleil

en ajoutant « le cristal de quartz », tandis qu'un esprit littéraire écrit : « La rosée du matin ».

On découvre encore les esprits sceptiques ou frondeurs qui ne peuvent s'empêcher de glisser dans le texte quelques réflexions plus ou moins humoristiques et complètent la phrase : ...n'a pas de valeur à mes yeux, par : « Ce test psychologique ».

La présentation des réponses dans les épreuves écrites offre encore cet avantage d'éclairer sur les qualités d'ordre, de soin, et de méthode du sujet.

GRADATION DANS LA DIFFICULTÉ DES QUESTIONS.

La succession des questions a été établie sans trop nous préoccuper d'en faire une série de difficulté croissante. Cependant, nous avons reconnu par l'expérience que beaucoup des dernières questions ont un caractère de difficulté plus grande et nous en sommes arrivés à considérer que ce caractère est favorable et qu'une bonne série de ce genre doit, sans que la règle soit absolue, comporter une gradation progressive dans la difficulté. Celle-ci empêche un sujet qui omet délibérément de répondre à certaines questions, et cherche à en résoudre ainsi le plus grand nombre possible, en conformité avec ses aptitudes intellectuelles, de trouver, en avançant dans la série, des questions plus simples.

L'analyse de la difficulté des questions a d'abord été faite en tenant compte seulement des 27 questions auxquelles ont répondu tous les sujets.

Le coefficient de difficulté a été obtenu en divisant le nombre des sujets qui y ont exactement répondu, par le nombre total des sujets.

*
**

Parmi les questions qui s'avèrent comme les plus difficiles, nous signalerons celles qui comportent des subtilités de signification, de synonymie et de relation de mots. Ex. :

Parmi les mots suivants, soulignez-en deux qui offrent la même relation d'idées que *bon* et *mauvais* :

Hésitation. Scrupule. Appréhension. *Anxiété*. Superstition. *Sécurité*. Remords.

Ensuite, des questions de discrimination entre plusieurs idées fausses. Ex. :

Marquez d'une croix, parmi les propositions suivantes celle qui vous paraît le plus fausse :

Les sourds donnent naissance à des enfants sourds.

Pour éviter les conséquences graves d'une brûlure, il faut y appliquer une compresse d'eau de roses.

× Avant de traverser le désert, le chameau fait une provision d'eau dans ses bosses.

Aux Saints de glace, le 15 mai, on observe le matin une température au-dessous de zéro.

Ensuite, les questions de raisonnement : problèmes d'équations, problème des boîtes emboîtées. Ex. :

« Soulignez la réponse exacte :

$$A = B + 30, C = B - 16. \text{ Donc } C = A + 46$$

$$A - 16$$

$$A + 16$$

$$A - 46$$

« Une boîte en renferme deux autres. Chacune d'elles en renferme quatre, et chacune de ces dernières en renferme trois. Combien de boîtes y a-t-il en tout ? »

Puis, une épreuve de relations de « cause à effet ».

Inscrivez à côté des effets suivants, la lettre correspondante aux « causes » qui les ont respectivement produits :

1	Vase brisé.	A. Course.
2	Entaille.	B. Coup de poing.
3	Sécheresse.	C. Maladresse.
4	Affaissement du sol.	D. Fusil.
5	Saignement.	E. Boule de neige.
6	Sueur froide.	F. Ouragan.
7	Arbre abattu.	G. Flèche.
8	Plaie.	H. Peur.
9	Carreau cassé.	I. Canif.
10	Empoisonnement.	J. Soleil.
11	Transpiration.	K. Tremblement de terre.

Enfin, les questions comportant une explication de proverbes :

Faites une croix devant l'affirmation dont la signification vous paraît identique à celle du proverbe :

« *Contentement passe richesse* »

L'argent ne fait pas le bonheur.

Il est souhaitable d'être heureux et riche.

La pauvreté n'est pas ennemie du bonheur.

+ Mieux vaut pauvreté et sérénité qu'opulence et soucis.

L'argent ne nuit pas au bonheur.

Le bonheur ne s'achète pas.

Mais, ainsi qu'on peut le constater dans le tableau, ce sont les problèmes de calcul et les relations d'idées (synonymes-antonymes), qui ont tout spécialement marqué une difficulté hiérarchique plus grande pour bon nombre de sujets.

GRADATION DE DIFFICULTÉ POUR LES 27 PREMIÈRES QUESTIONS DU TEST.

Nature des questions.	Pourcentage de réponses exactes.
1. Relation d'idées (synonymes-antonymes)	29
2. Relation d'idées (cause-effet)	30
3. Discrimination hiérarchique d'idées fausses ...	30
4. Relation d'idées (antonymes)	32
5. Problème des boîtes emboîtées	37
6. Problème d'équations	40
7. Problème de cause-effet	44
8. Explication de proverbes	52
9. Série de nombres à continuer	59
10. Problème du pendule	61
11. Phrase à compléter	61
12. Définition de termes	63
13. Phrase à compléter	67
14. Série de nombres à continuer	67
15. Discrimination de notions similaires	71
16. Relation d'idées de moyen à fin	72
17. Discrimination de notions similaires	76
18. Test syllogistique	78
19. Identification de mots étrangers	78
20. Phrase à compléter	79

21. Phrase à compléter	83
22. Bouts de phrases à assembler	85
23. Absurdité à découvrir	86
24. Discrimination hiérarchique d'idées exactes ...	90
25. Test de discrimination	90
26. Phrase simple à compléter	90
27. Série simple de nombres à continuer	91

Nous avons également établi la gradation par ordre de difficulté pour chacune des 50 questions que comporte le test. Ce coefficient a été obtenu en divisant le nombre de sujets qui ont répondu exactement à la question envisagée par le nombre de sujets qui l'ont abordée.

GRADATION PAR ORDRE DE DIFFICULTÉ DES 50 QUESTIONS DU TEST.

Nature des questions.	Pourcentage de réponses exactes.
1. Discrimination de notions similaires	4
2. Discrimination d'idées similaires	9
3. Discrimination d'idées similaires	14
4. Série de nombres à continuer	19
5. Test syllogistique	19
6. Loger trois mots dans une phrase	29
7. Relation d'idées (synonymes-antonymes)	29
8. Discrimination de notions dissemblables	30
9. Série de nombres à continuer	30
10. Discrimination hiérarchique d'idées fausses ...	30
11. Test syllogistique	31
12. Relation d'idées (synonymes)	31
13. Absurdité à découvrir	31
14. Discrimination hiérarchique d'idées fausses ...	32
15. Bouts de phrases à assembler	37
16. Relation d'idées (antonymes)	38
17. Problème des boîtes emboîtées	40
18. Problème d'équations	44
19. Relation d'idées	45
20. Discrimination hiérarchique d'idées fausses ...	45
21. Problème de cause-effet	52
22. Test syllogistique	57
23. Explication de proverbes	59
24. Explication de proverbes	60
25. Série de nombres à continuer	61
26. Problème du pendule	61

27. Phrase à compléter	63
28. Définition de termes	63
29. Test de proverbes	65
30. Phrase à compléter	67
31. Série de nombres à continuer	67
32. Phrase à compléter	67
33. Discrimination de notions similaires	71
34. Relation d'idées de moyen à fin	72
35. Discrimination hiérarchique d'idées fausses ...	73
36. Test syllogistique	75
37. Discrimination d'idées semblables	76
38. Absurdité à découvrir	76
39. Test de syllogisme	77
40. Test de syllogisme	78
41. Identification de mots étrangers	78
42. Phrase à compléter	79
43. Phrase à compléter	83
44. Bouts de phrases à assembler	85
45. Absurdité à découvrir	86
46. Test de syllogisme	86
47. Discrimination hiérarchique d'idées exactes ...	90
48. Test de discrimination	90
49. Phrase simple à compléter	90
50. Série simple de nombres à continuer	91

Parmi les questions les plus difficiles, trois seulement font partie de la série qui a été résolue par tous les sujets, ce qui résulte d'une sériation progressive dans la difficulté des questions.

PARTICULARITÉS CONCERNANT LA DIFFICULTÉ DES QUESTIONS POUR CHACUNE DES FACULTÉS.

Comme on pouvait le prévoir, toutes les questions se rapportant à des nombres et à des problèmes ont été plus aisément résolues par les élèves de l'Ecole Polytechnique. Nous avons indiqué, dans le tableau suivant, le pourcentage des réponses exactes pour les sujets des cinq Facultés.

1° Pour les trois premières séries progressives de nombres et les deux problèmes (équation et boîtes emboîtées).

2° Pour les deux séries difficiles de nombres.

3° Pour l'ensemble de ces épreuves.

Facultés —	Séries faciles de nombres et problèmes —	Deux séries difficiles de nombres —	0/0 de réussite pour l'ensemble des sept épreuves —
Philosophie	51 0/0	13 0/0	32 0/0
Médecine	62 0/0	23 0/0	42 0/0
Sciences	66 0/0	28 0/0	47 0/0
Ecole de Pédagogie.	65 0/0	36 0/0	50 0/0
Ecole Polytechnique	79 0/0	40 0/0	59 0/0

Ce sont encore les élèves de l'Ecole Polytechnique, ainsi que ceux de la Faculté de Médecine, qui ont réussi le mieux les épreuves de raisonnement élémentaire (Syllogisme).

Facultés. —	0/0 de réussite des épreuves syllogistiques —
Sciences	61 0/0
Philosophie	67 0/0
Ecole de Pédagogie	70 0/0
Ecole Polytechnique	77 0/0
Médecine	80 0/0

Le test des bouts de phrase à assembler, qui réclame surtout de la patience et de la persévérance, a aussi été le mieux réussi par les élèves de l'Ecole Polytechnique.

Facultés. —	0/0 de réussite pour le test des bouts de phrases —
Philosophie	26 0/0
Ecole de Pédagogie	17 0/0
Sciences	45 0/0
Médecine	50 0/0
Ecole Polytechnique	57 0/0

Par contre, la plupart des élèves de l'Ecole Polytechnique sont parvenus difficilement à loger dans une phrase les trois mots proposés. Beaucoup d'entre eux ont préféré omettre cette question.

0/0 de réussite du test :
 Facultés. loger trois mots
 dans une phrase

Ecole de Pédagogie	13 0/0
Ecole Polytechnique	24 0/0
Philosophie	27 0/0
Sciences	36 0/0
Médecine	49 0/0

Trois questions nécessitant une certaine aptitude littéraire : subtilité dans la compréhension de termes, ont été moins bien résolues par ces mêmes élèves :

Facultés.	0/0 de réussite
Ecole Polytechnique	17 0/0
Philosophie	30 0/0
Médecine	35 0/0
Ecole de Pédagogie	36 0/0
Sciences	40 0/0

CORRÉLATION ENTRE LES RÉSULTATS DU TEST ET CEUX DES EXAMENS UNIVERSITAIRES.

L'examen objectif des résultats du test comparé à ceux des examens universitaires donne les résultats suivants :

1° Les grades supérieurs, correspondant à l'obtention de 9/10 des points (la plus grande distinction) ont été octroyés uniquement à des étudiants qui se rangent dans les deux déciles supérieurs.

2° Le pourcentage des étudiants qui obtiennent les 8/10 des points (grande distinction) ne devient important qu'à partir du 7° décile et croît progressivement alors jusqu'au premier décile. Le 3° décile fait toutefois exception et comporte un pourcentage assez élevé de sujets ayant obtenu les 8/10 des points à l'examen. Ce résultat correspond probablement au type de l'élève médiocre, mais qui mémorise consciencieusement la matière à étudier.

3° Nous constatons que 6,4 % seulement des étudiants des cinq déciles inférieurs obtiennent en moyenne les 7/10 des points à l'examen (distinction), alors que 19,5 % obtiennent en moyenne le même résultat dans les cinq déciles supérieurs.

4° De même, l'ensemble total des étudiants ayant obtenu un

Relation entre les résultats des examens universitaires et les résultats du test
(Classement par déciles)

RÉSULTATS DES EXAMENS UNIVERSITAIRES	1 ^{re} DÉCILE	2 ^e DÉCILE	3 ^e DÉCILE	4 ^e DÉCILE	5 ^e DÉCILE	6 ^e DÉCILE	7 ^e DÉCILE	8 ^e DÉCILE	9 ^e DÉCILE	10 ^e DÉCILE
9/10 des points (la plus grande distinction).....	—	—	—	—	—	—	—	—	3.57	7.14
8/10 des points (grande distinction).....	—	—	14.8	3.57	3.57	3.71	10.71	14.28	14.3	32.17
7/10 des points (distinction).....	3.57	7.14	18.15	3.57	—	29.7	17.85	14.28	14.3	21.42
Pourcentage des étudiants ayant obtenu un grade	7.14	7.14	33.3	7.14	3.57	33.41	28.56	28.56	28.6	53.59
Moyenne (satisfaction).....	17.85	17.85	22.2	50.02	42.88	18.5	50.02	39.26	32.13	21.42
Pourcentage total des étudiants ayant réussi l'examen.....	24.99	24.99	55.5	57.16	46.45	51.91	78.58	67.82	64.3	75.01
Refusés.....	50.02	46.45	33.4	21.42	14.28	18.15	7.14	10.71	14.28	10.76
Ne se sont pas présentés.....	28.56	28.56	11.1	21.42	39.27	29.6	14.28	21.42	21.42	7.14

grade à l'examen (plus des 7/10 des points), représentent 13,6 % dans les cinq déciles inférieurs et 34,5 % dans les cinq déciles supérieurs.

5° Si l'on considère l'ensemble des examens réussis, on constate que 25 0/0 seulement des élèves des deux déciles inférieurs ont subi les épreuves avec succès. Du troisième au sixième décile, 50 % environ des sujets réussissent. Du septième au dixième, une moyenne de 71 % réussit.

Dans le décile supérieur, on trouve un pourcentage très élevé, soit 75 %.

Le fait de voir échouer à un examen des élèves qui révèlent par leur réussite du test une intelligence supérieure, correspond au type de l'étudiant qui souvent a négligé de travailler une ou plusieurs branches de l'examen. Il est à noter que chaque examinateur peut donner une cote d'exclusion.

6° C'est dans les quatre déciles inférieurs que le pourcentage des sujets refusés à l'examen est le plus élevé.

Dans les deux déciles inférieurs, la moitié des sujets n'a pas réussi, dans le troisième décile, un tiers, dans le quatrième décile, un quart, et dans les déciles plus élevés, moins d'un cinquième.

7° Nous avons cherché la relation entre la place occupée dans l'échelle des déciles et le fait de ne pas s'être présenté à la session d'examens (juillet). C'est dans le décile supérieur que le pourcentage des étudiants qui ne se sont pas présentés à l'examen est de beaucoup le moins élevé (7 %).

Il existe dans l'ensemble une relation assez évidente entre les résultats du test et les résultats des épreuves académiques.

Il faut évidemment admettre qu'un élève d'une intelligence médiocre, mais travailleur, et possédant une fonction de mémorisation intense, puisse réussir les épreuves de l'examen universitaire, comme il faut prévoir l'échec de l'élève intelligent dont le travail a été insuffisant.

Nos résultats sont surtout évidents lorsqu'il s'agit des sujets très supérieurs et des sujets très inférieurs, c'est-à-dire des cas extrêmes.

C'est toujours, ainsi que l'a signalé Piéron, dans la zone moyenne, que les difficultés d'appréciation sont les plus marquées et cela tant dans l'appréciation d'un sujet, par les correcteurs d'examen, que par les tests mentaux.

A notre avis, le but d'un test mental « universitaire » devrait être de pouvoir éliminer rapidement les non-valeurs et les incapables, et, d'autre part, de sélectionner les sujets d'élite.

A ce point de vue, il nous paraît bien que notre expérience soit utile et qu'il soit possible d'arriver à ce résultat en réalisant une notable économie de temps et d'effort.

Conclusions

1. Le test collectif verbal à questions multiples et mêlées, tel qu'il a été proposé par Thurstone, représente un type excellent pour l'examen de l'intelligence chez les étudiants d'Université.

2. On peut le concevoir comme composé d'une cinquantaine de questions qui peuvent être traitées en une demi-heure environ. Il sera étalonné pour le milieu où il devra être utilisé.

3. Lorsque cet étalonnage est réalisé, comme nous l'avons fait, on peut, sur la courbe galtonienne en ogive, où les sujets figurent par rang, situer immédiatement, au point de vue de la valeur intellectuelle, un sujet quelconque, d'après le centile ou le décile qu'il occupe sur l'échelle des rangs.

4. Un examen mental de ce genre devrait toujours précéder les épreuves des examens universitaires et leur servir de correctif. Cet examen permet en effet de distinguer rapidement et aisément l'étudiant intelligent, qui peut présenter une faiblesse parfois accidentelle et localisée dans les connaissances requises à l'examen, de l'étudiant peu intelligent qui montre d'ailleurs des lacunes souvent plus accentuées et plus générales.

L'épreuve des tests peut permettre d'éliminer sans indulgence, dès la première année d'université, les étudiants mal doués qui parfois arrivent, péniblement après de multiples échecs et grâce à la lassitude qu'ils provoquent chez les examinateurs, à réussir certains examens universitaires.

5. Il va de soi que nous ne proposons pas de remplacer les examens actuels par des tests mentaux, la question de la vérification de certaines connaissances fondamentales conserve évidemment toute sa valeur.

Mais on peut faire remarquer que le sujet qui possède une bonne intelligence et qui a montré sa capacité à s'adapter par la pensée à des problèmes nouveaux aura toujours la possibilité de rechercher et de trouver aisément les données formelles qui lui seront éventuellement nécessaires. Le but des tests mentaux est d'ailleurs différent de celui des examens ordinaires: Ces derniers cherchent surtout à vérifier si un ensemble de connaissances a été retenu, les autres recherchent si le sujet possède les

aptitudes mentales requises pour les acquérir, les utiliser et les perfectionner.

6. Les tests mentaux permettent non seulement d'éliminer rapidement les médiocres, mais aussi de sélectionner aisément, et dès le début des études, les sujets d'élite et bien-doués.

7. Un bon test doit être inédit. Il est donc impossible de proposer une formule définitive qui trop vite est connue de ceux auxquels elle doit être appliquée. Seules des indications générales sur la nature et le genre des questions, sur leur difficulté, sur leur gradation nécessaire, peuvent être fournies dans un travail d'ensemble comme celui-ci.

8. Il nous paraît que la véritable formule du « test pour adulte » est représentée par une série de questions comme celle que nous avons employée et que l'examen de l'intelligence des adultes anormaux, déséquilibrés ou atteints de maladies mentales gagnerait à être réalisé au moyen d'épreuves de ce genre. Cette opinion a récemment été exprimée par M. Rouvroy (1), au Congrès belge de neurologie et de psychiatrie.

Il est en effet impossible de concevoir des épreuves stéréotypées, qui aient conservé leur caractère inédit et nouveau, de même qu'on ne peut plus concevoir de mesurer l'intelligence des adultes en années d'âge comme tant d'auteurs cherchent encore souvent à le faire. Rappelons à ce sujet l'excellente critique de M. Henri Delacroix dans le *Nouveau Traité de Psychologie* (2).

Seul un test bien étalonné, adapté spécialement à une catégorie de sujets, rangés et échelonnés par centiles et déciles sur une courbe galtonnienne, peut, à notre avis, fournir dans ce domaine une méthode acceptable.

(1) ROUVROY. — Les études expérimentales de l'intelligence chez les malades mentaux (rapport). *Journal belge de Neurologie et de Psychiatrie*, 36^e année, n° 8, août 1936, pp. 479-529.

(2) G. DUMAS. — *Nouveau Traité de Psychologie*, Paris, Alcan, 1936. Voir H. DELACROIX : *Intelligence globale et intelligence intégrale*, vol. V, p. 261.

LE SYNDROME HYSTÉRO-ÉPILEPSIE

Etude critique de la nosographie psychiatrique

PAR

G. VILLEY

La pathologie mentale, qui devrait être une science de phénomènes morbides, s'offre surtout dans l'état actuel de son évolution comme une nosographie basée sur la notion de « maladies mentales », c'est-à-dire d'entités morbides qui s'opposent les unes aux autres. En même temps, il est possible de considérer le déséquilibre nerveux comme un tout justiciable d'une étude d'ensemble. Dissocier cette notion en éléments distincts répond sans doute à une réalité ; ce travail reste cependant délicat, car il implique le risque de forcer les faits pour lui imposer des cadres qui leur sont plus ou moins adéquats.

Sans doute, une maladie mentale se trouve définie d'une façon précise et objective par son étiologie (paralysie générale) ou par son substratum anatomique (tumeur cérébrale). Mais, le plus souvent, nous sommes en présence d'affections mentales, c'est-à-dire de groupements syndromiques, pour lesquelles nous suspectons seulement une étiologie particulière. C'est alors que le champ reste libre aux interprétations doctrinales multiples et contradictoires.

Sans vouloir nous attaquer à une critique d'ensemble des affections mentales, nous limiterons la question, à titre d'exemple, à l'étude de l'hystérie et de l'épilepsie, qui nous paraît plus spécialement digne de retenir notre attention à ce sujet.

Cette étude critique se justifie, en effet, par des considérations particulières :

1° Le rôle néfaste de l'esprit doctrinal qui a présidé à la genèse des concepts d'hystérie et d'épilepsie, et a imposé à ces deux affections des limites qui paraissent assez artificielles ;

2° La nécessité, plus impérative pour ces deux affections, d'envisager la pathologie mentale au double point de vue biologique et psychologique ;

3° Leurs rapports étroits et réciproques, qui nécessitent d'en faire une étude d'ensemble. Successivement, en effet, on a cru devoir les confondre, pour, ensuite, les opposer.

La nosographie et l'hystérie (hystéro-épilepsie)

Babinski a proposé de l'hystérie une définition actuellement classique : L'hystérie serait une affection se manifestant par des troubles pithiatiques, c'est-à-dire susceptibles de se produire ou de disparaître sous l'influence de la suggestion.

Un tel énoncé répondait à deux fins essentielles : substituer un fait clinique précis à la confusion née sur le terrain des doctrines ; opposer hystérie et épilepsie. Il s'offre donc à nous plus exactement comme un critère que comme une définition achevée et satisfaisante.

Pour être complet, en effet, il resterait encore à préciser différents points particuliers :

1° L'état mental des hystériques et le mécanisme de la suggestion.

2° Les bases anatomo-physiologiques de l'affection.

3° La situation nosographique de l'hystérie.

ETAT MENTAL DE L'HYSTÉRIQUE

A l'examen d'un hystérique comme en présence des divers états mentaux, on retrouve toute la séméiologie mentale. L'objectif nosographique consiste donc à mettre en relief les faits particuliers à cette affection.

SYMPTOME. SUGGESTION. — Dans l'hystérie, les divers symptômes se présentent avec une tonalité particulière, en raison de l'intervention du facteur intention ou suggestion, autrement dit du rôle actif de la conscience et de la volonté vis-à-vis des troubles morbides. Ainsi, par exemple, tandis que la confusion épileptique réalise une perte complète de la conscience avec délire onirique, chez l'hystérique, on assiste à des « états crépusculaires » et l'onirisme soumis à l'influence de la volonté et de la suggestion se transforme en un délire mixte à la fois onirique et imaginaire.

SYMPTÔMES HYSTÉRO-ÉPILEPTIQUES. — Certains symptômes confèrent à l'hystérie son originalité et l'opposent à l'ensemble des affections mentales. Ces symptômes lui sont communs avec l'épilepsie mais s'en distinguent en raison du fait de conscience développé précédemment. Citons, dans cet ordre d'idées *les états seconds*, le *délire mixte* onirique et imaginaire, les *hallucinations* plus spécialement *visuelles*, le *délire érotico-mystique*, *l'agitation motrice sous forme de crises*, la *répétition verbale ou motrice*, le *fond mental* relativement aux troubles du caractère et des instincts, *l'impulsivité* avec tendance à la violence ou à la *toxicomanie*, une parenté étiologique (tuberculose, association familiale ou individuelle d'accidents hystériques et épileptiques). C'est d'ailleurs en raison de ces faits qu'on observe cliniquement toute la gamme des formes de passage entre l'épilepsie caractérisée et l'hystérie type et qu'on admet l'existence d'une forme clinique particulière, l'hystéro-épilepsie. Il serait d'ailleurs inexact de nier chez des épileptiques avérés le rôle de l'intention et de la suggestion. Si on a voulu à tort en faire le symptôme pathognomonique de l'hystérie, il en reste toutefois le fait le plus remarquable et le plus caractéristique.

SYMPTÔMES PSYCHO-HYSTÉRIQUES. — Les symptômes hystéro-épileptiques réalisent, en somme, ce que l'on était convenu d'appeler, du temps de Charcot, « La grande hystérie ». Ils n'absorbent pas, cependant, à eux seuls, toute la symptomatologie de l'hystérie.

Cette « intention morbide » se retrouve, en effet, au sein des syndromes psychiques multiples et variés et leur confère une tonalité caractéristique.

Avec le *syndrome dépression mélancolique*, on assistera à une exagération systématique de la douleur morale; à un besoin d'apitoyer l'entourage, de l'asservir au malade et à sa maladie; à un délire fantaisiste et imaginaire, à des mises en scène puériles (tentatives de suicide simulées).

Dans le *syndrome persécution*, les réactions persécutives deviendront des combinaisons machiavéliques pour torturer l'entourage (médisances, blessures de l'amour-propre et des sentiments affectifs).

L'anorexique mental s'ingéniera à dissimuler la nourriture ou à provoquer des vomissements en secret.

Le *toxicomane* trouvera, par d'astucieuses roueries, les possibilités de se satisfaire. Enfin, les *troubles pithiatiques* ne sont à tout prendre que l'expression motrice d'un délire hypocondria-

que. On pourrait même, si le terme est acceptable, les considérer comme des « hallucinations motrices ».

DÉFINITION PSYCHOLOGIQUE DE L'HYSTÉRIE

En somme et pour résumer ce que nous venons de dire, on pourrait définir psychologiquement l'hystérie comme un état dans lequel tout se passe comme si la personnalité du sujet apportait sa collaboration active au trouble mental pour orienter et renforcer les réactions pathologiques.

L'affection ainsi réalisée semble à la fois subie et voulue par le sujet qui joue le double rôle de sujet passif et d'acteur.

PSYCHOPATHOGÉNIE DE L'HYSTÉRIE. — Ce fait intentionnel, il est possible de l'analyser en distinguant les diverses phases de son mécanisme de la façon suivante :

- 1° une émotion choc,
 - 2° un sentiment ambivalent fait d'une crainte et d'un désir relatif à la réalisation de l'état morbide,
 - 3° la réalisation pathomimique de ce désir,
 - 4° la croyance à l'objectivité du fait morbide constitue des éléments suivants :
- a) fond de débilité mentale (jugement),
 - b) persistance du sentiment ambivalent précédent,
 - c) constatation du fait morbide.

Du même coup, s'explique le mécanisme de la suggestion qui s'efforce de détruire la croyance par trois procédés convergents :

- 1° démontrer la subjectivité du fait morbide,
- 2° réconforter le malade,
- 3° agir sur lui par le moyen de l'autorité et de la contrainte.

Il est possible de poursuivre le parallèle amorcé entre l'hystérie et l'épilepsie sur le terrain d'une psychopathogénie commune.

A tout acte, répond un état de conscience ambivalent fait à la fois d'une crainte et d'un désir relatif à la réalisation de cet acte.

En psychologie normale vis-à-vis d'un acte morbide, l'état de conscience s'oriente dans le sens de la crainte. La volonté intention intervient alors comme action inhibitrice et tend à s'opposer à une volonté subconsciente dans la réalisation de cet acte morbide (colère contenue).

Dans le cas de l'épilepsie, cette volonté intention disparaît avec la perte de conscience et l'acte morbide se manifeste comme l'expression d'un réflexe ou d'une volonté inconsciente et instinctive.

Dans le cas de l'hystérie, l'état de conscience s'oriente dans le sens du désir. A la volonté intention, correspond une action excitatrice qui renforce la volonté inconsciente dans la réalisation de l'acte morbide.

Cette psychopathogénie se propose comme une « hypothèse de travail » qui satisfait aux divers ordres de faits suivants :

1° Pathogénie commune à l'hystérie et à l'épilepsie, elle rend possible l'interprétation des formes de passage entre ces deux affections.

2° Elle identifie le rôle de l'intention à une action excitatrice ou inhibitrice sur des réflexes inconscients. Elle permet donc de comprendre pourquoi les symptômes hystériques restent soumis à des causes biologiques et fatales au lieu de traduire la seule fantaisie de notre vouloir (elle oppose ainsi hystérie à simulation).

3° Ce faisant, elle laisse le champ libre à toutes les interprétations physio-anatomiques des troubles constatés.

FACTEURS BIOLOGIQUES DE L'HYSTÉRIE

L'œuvre de Babinski, vouée aux interprétations erronées de ses admirateurs, a engendré un état d'esprit néfaste et que l'auteur n'a certainement pas voulu : considérer l'hystérie comme un trouble psychique en marge du fait biologique.

Cet aspect du problème a été remis à l'ordre du jour, notamment par le Congrès de Bruxelles de 1935 et a fait l'objet de divers rapports (1).

Radovici a dégagé d'une série de faits l'existence d'un syndrome hystéroïde par diencéphalose.

Baruk conçoit l'hystérie comme l'expression d'une perturbation physiologique dans le domaine des fonctions psychomotrices de cause toxique ou autre. Divers auteurs, par de multiples exemples, démontrent l'association des troubles psychiques et des troubles biologiques.

Ainsi donc, sous son triple aspect anatomique, physiologique et clinique, le point de vue organique de l'hystérie se trouve de nouveau étudié d'une façon intéressante et précise.

Toutefois, l'hystérie n'est pas un phénomène physiologique mais un fait psychique dont nous devons chercher non la cause mais la condition biologique.

(1) Compte rendu du XXXIX^e Congrès de Bruxelles, juillet 1935 (Librairie Masson).

SITUATION NOSOGRAPHIQUE DE L'HYSTÉRIE

(Hystéro-épilepsie)

La position nosographique de l'hystérie constitue également un aspect important et délicat du problème. Aussi, a-t-il été l'objet de controverses qui s'identifient avec l'histoire de cette affection.

Elle a subi le sort de tous les grands syndromes mentaux (dégénérescence mentale, psychose maniaque dépressive, schizophrénie); comme eux, elle est arrivée progressivement à étendre démesurément son domaine jusqu'à s'identifier presque avec l'aliénation mentale.

Une première réaction a consisté à rechercher des symptômes pathognomiques de cette affection : les stigmates de l'hystérie. Mais, bien vite, il a fallu se rendre compte que ces prétendus stigmates n'étaient pas l'expression de la suggestibilité du malade soumis à l'examen.

La notion de pithiatisme de Babinski, comme nous l'avons dit, tendait à réduire l'hystérie au seul fait suggestif et à l'opposer ainsi aux diverses affections mentales et plus spécialement à l'épilepsie. Mais, ensuite, pour réajuster la théorie avec les faits, on a bien dû admettre l'existence de syndromes hystéroïdes, propres aux diverses affections mentales.

En face de toutes ces hésitations, il nous paraîtrait plus rationnel de concevoir l'hystérie ou peut-être (étant donné ce que nous avons dit par ailleurs) l'hystéro-épilepsie, comme un syndrome qui se manifeste à l'occasion des formes multiples et variées de l'insuffisance fonctionnelle du système nerveux. Elle s'associe, en effet, très souvent aux états étiquetés psychose maniaque dépressive, apparaît comme manifestation initiale de la démence précoce et peut même être provoquée expérimentalement sous l'influence d'intoxications diverses, ou (comme nous avons pu le constater par nous-mêmes), à la suite d'interventions chirurgicales sur la base du cerveau.

HYSTÉRIE ET THÉRAPEUTIQUE

L'importance de ce syndrome, le rôle de la suggestion qui lui appartient en propre (et le déborde peut-être) tout cela nous explique l'action de la psychothérapie comme technique générale dans le traitement des maladies mentales.

La nosographie et l'épilepsie

Nous venons de voir qu'une observation plus objective et plus complète des faits nous conduit à rapprocher l'hystérie de l'épilepsie. Nous pouvons également, et dans le même esprit, faire une révision des données cliniques de l'épilepsie.

Affection neuro-psychiatrique, elle a été étudiée isolément par les *neurologistes* qui ne semblent pas avoir toujours accordé aux symptômes psychiques l'importance qu'ils avaient. Ils se sont préoccupés de la rattacher à l'existence des lésions de la région rolandique. Or, il existe des cas d'épilepsie pour lesquels il n'est pas possible de déceler de modifications anatomiques notables de cette zone. Cliniquement, ils ont plus particulièrement décrit la crise motrice et se sont efforcés de montrer les caractères qui permettent de la distinguer de la crise d'hystérie. D'éminents neurologistes, parce qu'ils n'ont pas vu le polymorphisme de l'épilepsie et son étroite parenté avec divers états psychopathiques, ont été jusqu'à nier l'importance du facteur héréditaire dans cette affection.

Si l'on étudie cette affection du point de vue de la clinique mentale, et si l'on se refuse à prendre le critère anatomique comme base de sa définition, on en arrive à considérer l'épilepsie comme un syndrome qui, sous ses modalités polymorphes et variées, se retrouve dans un grand nombre d'affections mentales différentes.

C'est alors qu'il devient plus aisé d'admettre un syndrome unique hystéro-épileptique, formule uniciste qui reste vraie, même lorsque l'affection est conditionnée par des lésions traumatiques ou infectieuses de la convexité cérébrale au niveau de la zone rolandique.

Conclusion

Réduire l'hystérie et l'épilepsie au seul syndrome hystéro-épilepsie peut paraître, à première vue, un acte négatif et une œuvre de démolition au point de vue doctrinal. Ce faisant, nous n'avons pas voulu cependant satisfaire à un scepticisme stérile, mais dégager une notion clinique qui nous a toujours été un guide précieux au cours de l'examen des malades. Elle nous a, en effet, souvent permis de préciser l'interprétation des symptômes que nous constatons, d'orienter notre enquête au sujet des commémoratifs, de retrouver, en particulier, de petits signes de

la série hystérique ou épileptique (absences, mictions involontaires, crises nerveuses rares et fugaces, troubles du caractère, accidents pithiatiques). C'est ainsi que certains états confusionnels remarquables par la pauvreté idéative et l'aspect démentiel du malade doivent faire penser à la confusion épileptique et écarter le diagnostic de démence. Tels états maniaques d'une tonalité particulière (brusquerie du début et de la fin de la crise, brièveté d'évolution, monotonie des réactions motrices et verbales, délire érotico-mystique) nous ont amené à rechercher avec succès, dans les commémoratifs, les petits signes de l'épilepsie ou de l'hystérie. Par contre, un syndrome hystérique type s'offre souvent comme symptôme avant-coureur d'une démence précoce. La notion d'hystérie, au sein d'affections comme l'anorexie mentale et les toxicomanies, explique le rôle du traitement psychothérapique, base de la thérapeutique dans de tels états.

Sans doute, tout le monde est d'accord en principe sur la réalité de tels faits ; mais nous sommes convaincus aussi qu'on a trop tendance à en réduire l'importance parce qu'il n'est pas tenu assez compte des formes frustes et fugaces d'hystérie et d'épilepsie. Celles-ci, en effet, se sont montrées très fréquentes au cours de nos investigations où nous avons pris pour guide la notion du syndrome hystéro-épileptique. Ce syndrome n'est d'ailleurs en somme qu'une forme de passage établissant un lien naturel entre les cas types d'hystérie et d'épilepsie et les états subnormaux qui ont conduit à la notion de constitution épileptoïde.

LES GLANDES ENDOCRINES

DU POINT DE VUE NEURO-PSYCHIATRIQUE

PAR

G. DE LOVERDO (d'Athènes)

On a soupçonné dès l'antiquité l'action des sécrétions internes sur la sphère psychique et le système nerveux. Hippocrate enseignait que l'apparition de la puberté guérit l'épilepsie des enfants à la quatorzième année.

Michel Ethmuller, dans sa « Pratique de médecine spéciale » (Lyon, 1691), étudiée par le D^r G. Vinchon, dit que les testicules renferment un levain d'activité variable, bien qu'ils ne paraissent composés que d'un amas de vaisseaux très déliés. S'éveillant vers la quatorzième année, ce levain détermine alors les transformations de la puberté ; il modifie les humeurs du sang en les rendant plus volatiles et plus spiritueuses ; il donne la force et la vigueur au corps ; il fait naître le poil au menton et au pubis ; il impose ses caractères à chaque sexe. Une excitation directe du testicule provoque des réactions de l'état général. L'application de vinaigre sur les bourses dissipe l'ivresse. Une onction de nitre mêlé à du suc de joubarbe et à du vinaigre sur le scrotum arrête les épistaxis. Ces réactions sont les conséquences de la diminution par ces remèdes « de la trop grande effervescence du sang ».

La castration, ajoute-t-il déjà, guérit les maniaques et les fous en leur enlevant leur « ardeur impétueuse », en supprimant l'action du levain sur le cerveau.

En 1802, Delaméatherie expose les théories en vigueur de son temps. Il parle de « fluide », à peu de chose près, comme on parle actuellement d'hormones :

« Nous supposons que ces mouvements nerveux s'exécutent par le moyen d'un fluide subtil (que nous appellerions aujourd'hui hormone neurotrophe) ; sa nature nous est inconnue ; il circule dans le nerf

lui-même, se distribue dans les muscles : il ne peut donc être contracté sans que les muscles le soient également. C'est par ce mécanisme que sont produits tous les mouvements de l'animal.

« Les physiologistes ont donné en général le nom de fibre, soit au filet nerveux lui-même, soit à la fibrille dans laquelle se distribue ce filet nerveux.

« Ils reconnaissent deux qualités principales à la matière nerveuse :

« 1) Son volume, qui peut être plus ou moins considérable.

« 2) Son ton ou sa tension, qui peut avoir plus ou moins d'intensité.

« Cette fibre est ensuite mue par les esprits moteurs (hormones neurotropes). L'esprit reproductif (hormone génitale) y contribue également (1). »

De plus en plus, on constate que beaucoup, peut-être la plupart des maladies mentales et psychiques et un grand nombre de maladies nerveuses, sont d'origine endocrinienne.

Les travaux de nombreux auteurs, du Professeur Laignel-Lavastine (« Troubles psychiques par perturbation des sécrétions internes » et « Sécrétions internes et système nerveux »), du D^r Léopold Lévi (« Nervosisme et glandes endocrines »), du D^r Dartigues sur la greffe testiculaire, du D^r Gilbert Robin, etc., montrent que, bien que les rapports entre la fonction psychique et les endocrines soient encore presque inconnus, il y a un gros intérêt thérapeutique à en faire l'étude. Vus sous cet angle, les troubles mentaux qui accompagnent certaines maladies, qu'on tenait pour secondaires jusqu'ici, passent au premier plan.

Pour illustrer ces deux points, choisissons quelques cas de déficiences endocriniennes fréquentes.

Glande thyroïde

Dans un précédent travail sur l'insuffisance et l'hyperfonctionnement de la glande thyroïde, j'ai insisté sur l'importance des troubles psychiques dans la maladie de Basedow : « Les basedowiens sont très émotionnables et psychologiquement instables, leur caractère très excitable et très emporté... Leur variabilité d'humeur en fait des malades insociables. »

Cet état, appelé par Henri Claude le fond mental des base-

(1) Pour plus de détails je me permets de renvoyer à ma communication au X^e Congrès d'Histoire de la Médecine, de Madrid, sur : « La Notion des humeurs génitales et neurotropes à la veille de la découverte de leur origine glandulaire ».

dowiens, constitue une véritable psychopathie basedowienne. On a pu diviser en quatre groupes les manifestations qui s'y rapportent. L'excitabilité maniaque des basedowiens que Trousseau a décrite en même temps que d'autres symptômes prend un aspect dramatique. Beaucoup d'idées fixes et d'états d'angoisse se rencontrent chez cette catégorie de malades. Nous estimons qu'il s'agit de thyrotoxicose. Toutefois, les patients, avant d'en souffrir, présentent d'ordinaire des tendances à des anomalies mentales, ou bien se trouvent dans des circonstances qui les favorisent : surmenage, soucis d'ordre divers. Nous dirons avec Henri Claude que le mauvais fonctionnement de la thyroïde produit des phénomènes toxiques favorables à l'éclosion de psychoses. Evidemment dans ces cas, comme toujours en psychiatrie, il faut tenir compte du tempérament des malades.

Glandes génitales

Les impuissances sexuelles, si fertiles en répercussions sur le moral des malades, relèvent quelquefois du spécialiste des maladies vénériennes, mais fort souvent du psychiatre. Higier et Palazzoli qui les ont étudiées et en ont fait avec Hartenberg une intéressante classification en 5 groupes, font dépendre 3 de ces groupes d'une insuffisance endocrinienne.

D'après mes observations personnelles, j'estime qu'une grande proportion des sujets qui présentent une affection testiculaire ayant lésé les glandes génitales sont atteints psychologiquement. Tels sont les malades ayant souffert d'orchite, d'épididymite, ceux qui souffrent d'hydrocèle, sans compter les insuffisants testiculaires ; la plupart d'entre eux ne se rendent pas compte de l'importance du facteur endocrinien dans leur état mental et psychique.

Dans le n° 110 des *Archives de Neurologie* de février 1905, sous le titre : « De l'excitation sexuelle dans les psychopathies anxieuses », le Dr A. Cullerre cite deux cas remarquables de Féré : l'un concernant un neurasthénique d'âge avancé dont les crises d'anxiété diffuse se terminaient par de la congestion des organes génitaux et une érection très intense, un violent besoin sexuel ; l'autre, d'une dame de cinquante-six ans, qui dans les mêmes conditions était prise de désirs jusqu'à l'imminence de l'orgasme.

En ce qui concerne les enfants, nombreux sont ceux chez qui l'atrophie testiculaire amène des perturbations psychiques et morales qui ne céderont qu'à un traitement endocrinien. Mais

dans ces cas, les familles hésitent parfois longtemps à soumettre leurs enfants à l'examen médical parce qu'elles ne considèrent pas convenable d'attirer sur ces choses l'attention des petits malades ; souvent d'ailleurs, ce n'est même que lorsqu'il est déjà considérable qu'elles s'aperçoivent du retard de développement de l'enfant. En conséquence, la malformation est d'autant plus difficile à compenser. Ou bien le malade s'en apercevra lui-même après la puberté ; la thérapeutique, si bien outillée qu'elle soit actuellement, ne pourra pas toujours remédier à cet état ancien, et le malade deviendra souvent par la suite un perversi ou un psychopathe.

Chez les filles, les déficiences génitales correspondantes ont les mêmes conséquences. Il y a donc lieu, devant les troubles psychiques des jeunes garçons et des petites filles, d'examiner l'état génital, et d'employer aussitôt que faire se peut le traitement opothérapique qui fait merveille surtout lorsque les ondes courtes le secondent. Le D^r Dausset a publié récemment des travaux très intéressants à ce sujet. Je suis à même de confirmer les résultats heureux de sa méthode, et non seulement du point de vue morphologique et génital, mais aussi au point de vue mental et psychique.

En plus des 8 ou 11 cas que j'ai soignés à Athènes, j'ai pu en effet constater dernièrement le succès de cette méthode sur deux enfants de 11 et 14 ans, présentant une atrophie testiculaire notable, avec adiposité considérable (83 et 94 kilogr., taille 1 m. 43, 1 m. 57). Ils ont perdu dans l'espace de trois mois l'un 7 kil., l'autre 9 kil. : amélioration du travail scolaire ; la puberté s'est produite chez eux, le pubis s'est garni de poils. Dans tous les cas analogues, le progrès mental et l'amélioration psychique ont été évidents.

J'ai personnellement l'occasion d'étudier les relations très étroites entre le fonctionnement des glandes génitales et l'état mental et psychique chez les jeunes détenus de l'école-prison Averoff qui s'étagent de 12 à 20 ans. Ceux qui ont commis des crimes ou des attentats sexuels sont des sujets dont les glandes Averof qui s'étagent de 12 à 20 ans. Ceux qui ont commis des difficultés à la justice si on n'arrive pas à freiner leurs impulsions, chose qui sera toujours peu assurée tant qu'on n'aura pas pris le mal à sa racine endocrinienne.

On sait combien de crimes sont l'œuvre d'hypergénitaux. Plusieurs ont laissé un souvenir dans l'histoire et même la tradition : le Marquis de Sade, Barbe bleue, Gilles de Retz sur qui le D^r Robert Soueix a fait une thèse remarquable, et d'autres

plus modernes, le Vampire de Dusseldorf et celui de Calogreza (Athènes, 1935) que j'ai étudié de près.

Dans l'état actuel de nos connaissances, pour remédier aux désordres sociaux de l'hypergénéralisme, il faudrait élargir la pratique de l'ablation testiculaire déjà adoptée dans certains pays. Mais des préjugés s'y opposent avec force : on admet la thyroïdectomie subtotale ou partielle pour la guérison d'un Basedow, mais le public, même pour sa propre sécurité, serait peu favorable à une opération testiculaire similaire sur un sujet dangereux.

Hypophyse

La disfonction hypophysaire produit quelquefois chez les enfants un retard de la croissance générale et particulièrement génitale aussi bien pour les filles que pour les garçons. Tout leur psychisme suit la même courbe : intelligence, raisonnement, fixité de l'attention. Les croissances accélérées s'accompagnent de même d'insuffisances psychiques ; les troubles qui en résultent vont de la fatigue cérébrale accentuée à la simple inattention.

Les anomalies hypophysaires causent une déviation du sens moral que Timm appelle obliquité morale. Dans une communication à la Société de Médecine de Paris dont j'ai l'honneur d'être membre, j'ai indiqué que les troubles psychiques ne peuvent rétrocéder dans ces cas que sous l'influence de la médication hypophysaire. Les assassins brutaux et vulgaires sont souvent des surhypophysaires, nous dit Léopold-Lévi, et les hypersexuels sont poussés à des actes de satyres et au sadisme.

Connaissant les relations entre les fonctions du lobe antérieur et les glandes génitales, nous pouvons attribuer une grande part à celui-ci dans la pathogénie des obsessions sexuelles et des actes criminels qui en découlent.

L'étouffeur d'enfants de Calogreza, déjà mentionné, présentait, aux maxillaires supérieures et aux os malaires, ainsi qu'aux apophyses mastoïdes, les signes morphologiques d'une hyperfonction hypophysaire.

Glandes surrénales

Opothérapique sera encore le remède des troubles de l'énergie dus à un fonctionnement déficient des surrénales. Il est peut-être utile de rappeler que le progrès des connaissances en endo-

crinologie tend à donner au cortex surrénal un rôle vital de beaucoup supérieur à celui de la partie médullaire de cette glande qui se trouverait réduite à l'excitation du sympathique au moyen de sa sécrétion déclanchée par voie nerveuse.

Nous savons que la fatigue est une intoxication. Nous n'ignorons pas le puissant rôle antitoxique du cortex surrénal, et nous concluons que ces glandes, chez les fatigués, les déprimés, les abouliques, ou bien ne fonctionnent pas, ou bien fonctionnent mal, et qu'elles sont aptes chez les normaux à compenser l'intoxication de la fatigue et la dépression morale et psychique qui en découle.

Les surrénales sont très sensibles à la grippe (comme les testicules à la parotidite) ; or, on se souvient que tous les malades atteints par la grippe de 1918 ainsi que par la fièvre dengue n'ont vu se rétablir leur énergie et leur état psychique redevenir normal qu'après fort longtemps. D'après une longue statistique, j'attribue en grande partie cet état à l'atteinte des glandes surrénales par ces infections. La dengue et la grippe frappent également le sens cénesthésique, et on connaît les relations entre le sympathique, nerf de la cénesthésie (Léopold Lévi) et les glandes endocrines.

D'après les résultats de la thérapeutique cortico-surrénale, c'est au cortex que doivent être imputées les crises hyperactives de la cyclothymie.

Nous recherchons actuellement le rôle, dans les phases de dépression, de l'hormone bromée que Zondek a découverte dans les cellules chromophobes de l'hypophyse antérieure.

Conclusion

En résumé, puisque les troubles psychiques accompagnent presque toujours les disfonctions endocriniennes parce qu'elles touchent tout l'organisme en rompant son équilibre humoral, et puisque le remède aux nombreux cas pathologiques qui se présentent ainsi est endocrinien, il est nécessaire que le psychiatre soit également versé en endocrinologie.

Sans doute, les praticiens de médecine générale s'y rallient de plus en plus. Néanmoins le psychiatre est destiné à en user dans un but particulier qui exige de lui, au point où est maintenant la science, une *longue* étude et un grand nombre d'observations. Il pourra ainsi agir à bon escient vis-à-vis des malades et les faire profiter des résultats de tant de travaux distingués mis au service de la thérapeutique.

LE REGIME DES ALIENES CRIMINELS ET DELINQUANTS EN ANGLETERRE ET EN ECOSSE

PAR

MADELEINE DEROMBIES

(Suite)

Les arriérés mentaux

Nous abordons ici le chapitre le plus intéressant de la législation anglaise relative aux criminels et délinquants tarés mentalement : celui de la séparation, du point de vue légal, des aliénés véritables et des arriérés mentaux. Nous verrons que si cette distinction est du point de vue doctrinal, un peu arbitraire, il en résulte des conséquences pratiques si heureuses du point de vue de l'assistance et du traitement, qu'on ne peut s'empêcher d'y adhérer. Notons d'ailleurs que cette distinction ne vise réellement que les débiles mentaux et les pervers ; idiots et imbéciles pouvant être considérés soit comme aliénés, soit comme arriérés.

Depuis toujours on distinguait deux défauts de l'esprit : *dementia adventita* et *dementia naturalis*, mais ce n'est que depuis 1913 que cette distinction est légalement reconnue et qu'on a, avec le *Mental Deficiency Act*, une définition officielle de l'arriération.

Le *Mental Deficiency Act* distingue :

A) *Trois états d'arriération mentale* qui se fondent les uns dans les autres à leurs limites extrêmes :

L'idiotie : « Etat mental d'une personne si profondément atteinte dans son esprit depuis sa naissance ou le tout premier âge qu'elle est incapable de se garder contre les dangers matériels les plus ordinaires. »

L'imbécillité : « Etat mental d'une personne chez laquelle il
« existe depuis sa naissance ou le tout premier âge un état d'arri-
« ration tel que bien que n'atteignant pas l'idiotie, il soit si
« prononcé qu'elle est incapable de pourvoir à ses besoins, ou,
« s'il s'agit d'un enfant, qu'on ne puisse lui apprendre à le
« faire. »

La débilité : « Etat mental d'une personne chez laquelle il
« existe depuis la naissance un état d'arriération qui, bien que
« n'atteignant pas l'imbécillité, soit suffisamment prononcé pour
« qu'elle ait besoin de soin, d'un contrôle et d'une tutelle pour
« sa protection ou la protection d'autrui et, s'il s'agit d'un enfant,
« pour que celui-ci se montre du fait de cette arriération inca-
« pable, de façon permanente, de retirer un bénéfice convenable
« de l'instruction donnée dans les écoles ordinaires. »

B) Un état d'*imbécillité morale* ainsi défini : « état mental
« d'une personne qui, dès le premier âge, montre une arriéra-
« tion mentale permanente associée à de fortes tendances per-
« verses ou criminelles et sur lesquelles la punition a eu peu
« ou pas d'effet inhibitif. »

Dans ces définitions étaient contenues quelques restrictions gênantes pour leur application, en particulier, le fait que cet état doive remonter à la naissance ou au premier âge. S'il est théoriquement inattaquable dans une définition de l'arriération, il peut amener, en pratique, de sérieuses difficultés en justice où il est parfois impossible, en l'absence de renseignements, de faire remonter l'histoire de l'inculpé jusqu'à sa naissance. En tous cas, il exclut du bénéfice de ces définitions tous les états de dégénérescence intellectuelle ou morale survenus au cours de l'enfance.

En 1927 un amendement fut adopté et l'arriération mentale signifie depuis « un état d'arrêt et de développement incomplet de l'intelligence existant avant l'âge de 18 ans et résultant, soit de causes inhérentes, soit de maladie ou d'accident », englobant ainsi dans sa définition les troubles de l'intelligence et du caractère consécutifs, par exemple, à une encéphalite, un traumatisme crânien, une maladie infectieuse. La limite d'âge de 18 ans a été vivement critiquée, mais une limite est toujours arbitraire.

Le terme d'« imbécile moral » fut remplacé par celui d'« arriéré moral » et la restriction, suivant laquelle il fallait que la punition n'ait pas ou peu agi, fût rapportée, supprimant de ce fait les cas de récidive inévitables que la première définition entraînait ; de même, le terme « état permanent », qui pouvait être

embarrassant, ne correspondant pas à tous les cas, fut également supprimé. Si nous laissons de côté la définition de l'arriération morale pour porter notre attention sur celle de l'arriération mentale, nous pouvons constater qu'elle est beaucoup moins précise et exacte que celle habituellement donnée en France, où l'on parle volontiers d'âge mental : les trois classes se correspondent en gros : idiotie étant attribuée à ceux qui ont moins de 3 ans d'âge mental, imbecillité à ceux ayant entre 3 et 7 ans, débilité correspondant à un âge mental supérieur à 7 ans et se continuant sans délimitation précise avec la normalité.

Mais remarquons qu'il ne s'agit pas uniquement, dans la définition anglaise, d'un arrêt de développement purement intellectuel, mais aussi d'un trouble du comportement social, résultante non seulement du développement intellectuel, mais encore du développement des sentiments, de l'émotion, des capacités éthiques et volitionnelles : la personnalité tout entière est intéressée dans le taux de la tenue sociale exigée pour n'être pas un débile. Ceci est assez curieux à constater chez un peuple qui fait encore du trouble intellectuel pur, le seul critère (légal) de la responsabilité criminelle chez ses aliénés, alors que pour nous au contraire c'est le défaut seul de l'intelligence qui signe, officiellement du moins, la débilité mentale et que tous les troubles de la personnalité sont admis à faire valoir leurs droits pour un diagnostic d'aliénation.

La limite d'âge de 18 ans, imposée par la loi, à « l'acquisition » d'une arriération mentale ou morale laisse naturellement en dehors de la définition tous les cas « acquis » après 18 ans. Ce ne serait peut-être pas très gênant là où l'on peut aisément substituer le terme de démence à celui d'arriération ; ce l'est davantage dans les cas n'entrant pas dans l'aliénation certifiable, par exemple ceux de troubles mentaux consécutifs à une encéphalite ou à un traumatisme survenus après l'âge de 18 ans, qui échappent ainsi et au *Trial of lunatics act 1883* et au *Mental deficiency act 1927*. Aussi, certaines autorités médicales (D^r Griffith, dans son rapport médical annuel des prisons pour 1928) proposent-elles d'établir le certificat d'arriération en ne tenant compte que de l'état mental actuel du sujet.

Quant à l'arriération morale nous insistons sur le fait qu'elle doit, pour être certifiable, être associée à un certain degré d'insuffisance intellectuelle qui se démontre suffisamment par l'incorrigibilité et l'absence de motifs intelligents chez ces sujets pervers. L'arriéré moral est donc un arriéré dont la débilité prédomine dans les sphères émotives et volitionnelles, mais affecte aussi, et à n'importe quel degré, la sphère intellectuelle.

La question de l'aliénation mentale surajoutée à l'arriération peut prêter à quelques difficultés d'appréciation, en justice. Ces sujets sont-ils certifiables suivant le Trial of Lunatics act 1883 ou le Mental Deficiency act 1913 ?

En pratique, ces sujets sont envoyés dans les asiles d'où, lorsqu'ils sont guéris de leur aliénation, on les transfère dans une institution pour arriérés (arriérés = mental deficient = M.D.).

Ainsi, du point légal, seuls sont reconnus certifiables les criminels et délinquants, aliénés véritables ou qui entrent dans les définitions du Mental Deficiency act 1913 ; les autres malades : instables, névrosés, subnormaux ne bénéficient en aucun cas de l'irresponsabilité pénale.

Il n'y a pas de responsabilité atténuée. Nous examinerons plus loin cette question.

L'arriéré criminel ou délinquant devant la justice

Avant que la loi de 1913 n'entrât en vigueur, un arriéré accusé de crime ou de délit était assimilé aux inculpés ordinaires quand la question de son arriération mentale (comme distincte de l'aliénation) était soulevée au cours du procès ; on ne s'inquiétait que de connaître si la capacité intellectuelle du sujet était suffisante pour le rendre irresponsable suivant les règles de Mc Naghten, sinon il était déclaré « coupable, mais aliéné », et condamné à la détention comme aliéné criminel. Si son arriération mentale était jugée insuffisante pour qu'il ignorât si ce qu'il faisait était bien ou mal, il était puni ; la jurisprudence de ce temps montre explicitement qu'une simple arriération mentale ne donnait pas droit à un verdict spécial, suivant le Trial of Lunatics act 1883.

La loi de 1913 modifia cette position, sauf quand il s'agit de crimes et d'offenses capitales, meurtre ou trahison. Dans ces cas on suit alors la même procédure que plus haut : dans un premier temps, on établit la capacité à plaider, sinon un verdict le déclarant aliéné criminel est rendu ; dans un deuxième temps, on établit l'irresponsabilité suivant les règles de Mc Naghten, sinon l'arriéré est condamné. Nombre d'arriérés à la limite peuvent ainsi être condamnés. Mais un paragraphe du Mental Deficiency act 1913 vient, tout comme la section 2 de la loi de 1884, modifier cette disposition :

Section 9 : « Quand un Secrétaire d'Etat s'est assuré, d'après le « certificat de deux médecins légalement qualifiés, qu'une personne « subissant l'emprisonnement (excepté pour les procès civils), la ser-

« vitude pénale, ou la détention dans un établissement pour intem-
 « pérants ou dans un asile pour aliénés criminels, est un arriéré, le
 « Secrétaire d'Etat peut ordonner son transfert et l'envoyer dans une
 « institution pour arriérés (si le Directeur de cette institution y
 « consent) ou le placer en tutelle. Cet ordre aura force de loi. »

Quand l'arriération mentale est nette, ceci n'offre aucune difficulté. Mais quand il s'agit de criminels à la limite de la débi-
 lité, cette disposition embarrasse beaucoup les autorités pénit-
 tentiaires. Une fois certifiés, ils seront envoyés dans une institu-
 tion spéciale, où, si on les considère comme normaux, on ne sait
 qu'en faire, légalement ; ils ne relèvent plus, alors, de l'autorité
 pénitentiaire (contrairement aux aliénés du secrétaire d'Etat
 envoyés à Broadmoor). La loi n'est pas claire à ce sujet, et on
 préfère, cela se conçoit, garder ces débiles en prison (dans une
 prison spéciale), plutôt que de les envoyer en traitement.

Pour les cours de juridiction sommaire ou les cours d'assises
 jugeant les délits et crimes mineurs, la procédure est différente.
 Si, au cours des débats, un témoignage d'arriération mentale est
 apporté par le médecin-expert, l'accusé est, en général, libéré et
 remis aux soins de ses amis ou parents, ou il est envoyé dans
 une institution spéciale, suivant les conclusions du médecin, ou
 bien encore la condamnation est ajournée et une demande est
 faite auprès de l'autorité judiciaire qui peut ordonner la déten-
 tion d'un tel arriéré dans une institution où on veuille bien le
 recevoir. Parfois, la cour condamne à une très courte peine d'em-
 prisonnement, afin que les autorités de la prison puissent exa-
 miner le cas plus à fond et transférer l'arriéré, s'il y a lieu, sur
 le certificat de deux médecins, dans une institution spéciale
 (sec. 9). Les pouvoirs des cours sont ainsi établis :

Section 8 : « 1° Dans le cas d'un adulte qui aura été déclaré
 « arriéré mental par certificat médical et qui sera coupable de crime
 « et punissable de servitude pénale ou d'emprisonnement, la Cour
 « de juridiction compétente pourra : ajourner le jugement ou
 « ordonner l'envoi dans une école industrielle, ou ordonner qu'une
 « demande soit faite auprès de l'autorité judiciaire compétente selon
 « cette loi, pour obtenir un ordre d'envoi dans une institution ou la
 « mise en tutelle.

« Quand il s'agit d'une Cour de juridiction sommaire, si l'arrié-
 « ration mentale est évidente, la Cour pourra prononcer un tel juge-
 « ment.

« 2° La Cour peut agir ainsi sur témoignage médical au cours du
 « procès ou peut demander une plus ample information médicale.

« 3° La Cour peut ordonner le maintien de toute personne dans
 « une institution pour arriérés ou sa mise en tutelle — pendant

« l'enquête qui sera faite au sujet de son arriération ou au cours du procès.

« 4° Lorsque la police estime qu'une personne ayant commis un crime ou délit est arriérée, elle devra se mettre en rapport avec les autorités locales et faire à la Cour un rapport sur l'état mental de cette personne. Auparavant, la police notifiera son intention aux personnes chargées de l'arriéré, parents ou tuteurs, s'ils sont connus. »

La section 8 de la loi de 1913 permet donc que tout individu, punissable par la cour, ne subisse pas sa condamnation et qu'il soit, ou bien envoyé dans une institution spéciale, ou bien placé en tutelle, ou encore remis à une autorité judiciaire qui agira suivant les dispositions de la loi. Ces dispositions sont applicables aux enfants sous le coup de la loi de 1908 et aux personnes rentrant dans les catégories visées dans les Inebriates Acts (loi sur les ivrognes). Bien que le terme responsabilité atténuée ne soit pas prononcé, il y a tout de même ici modification de la sanction en considération de l'état mental particulier du sujet.

Remarquons qu'au cours d'un jugement aucune question n'est soumise au jury concernant l'arriération de l'accusé, comme elle l'est, nous l'avons vu, au sujet de l'aliénation : le jury n'est pas compétent pour reconnaître une arriération mentale. Seuls, le juge, au moment de prononcer la condamnation, et le Secrétaire d'Etat, quand il use de son pouvoir discrétionnaire sur les prisonniers, prennent cette arriération en considération.

Le tableau suivant, tiré du rapport annuel des prisons pour 1933, montre, pour une période qui s'étend de 1924 à 1933, ce qu'il est advenu des arriérés ayant été déférés à la cour :

Nombre d'arriérés (M D) certifiés sous la loi de 1913

Années	Section 8	Section 9
	Jugement de la Cour	Ordre du Secrétaire d'Etat
1924	208	47
1925	198	56
1926	221	59
1927	168	76
1928	212	79
1929	217	79
1930	205	66
1931	182	50
1932	186	31
1933	170	31
Total : 1967		574

Les M.D. de la section 9 sont ceux qui n'ont pas été expertisés à la cour ou ceux qui ont été insuffisamment vus avant la condamnation, ou bien encore les cas douteux. Ils viennent en général des cours de juridiction sommaire, moins bien outillés pour les enquêtes relatives aux conditions mentales des accusés

Coup d'œil sur l'assistance aux arriérés mentaux en Angleterre et plus particulièrement l'assistance aux arriérés difficiles

Tous les arriérés mentaux ne tombent pas nécessairement sous le coup de la *loi de 1913*, il faut pour cela qu'ils entrent dans une des catégories prévues par cette loi dans la *section 2* :

« Un arriéré peut être placé dans une institution pour arriérés ou mis en tutelle :

a) « à la demande de ses parents ou gardiens, s'il est idiot ou « imbécile ou s'il a moins de vingt et un ans ;

b) « si en plus d'être un arriéré il est : négligé, abandonné, ou « sans moyens visibles d'existence ou encore cruellement traité ; « s'il se rend coupable d'un crime et est condamné à être envoyé « dans une école spéciale (*Section 8*) ; s'il subit un emprisonnement « (excepté l'emprisonnement pour les procès civils), ou la servitude « pénale, ou s'il est détenu dans un établissement par ordre de la « Cour (asile pour aliénés criminels, asile, maison de correction, « établissement pour alcooliques, etc.). (*Section 9*) ; s'il est un ivro- « gne habituel dans le sens des lois sur les ivrognes de 1879 à 1900 ; « s'il a été signalé par les autorités de l'instruction publique aux « autorités judiciaires ; s'il s'agit d'une fille-mère en cours de gros- « sesse. »

Les *arriérés délinquants* peuvent être placés :

a) par ordre de l'autorité judiciaire compétente auprès de laquelle une demande a été faite ;

b) par ordre de la cour ;

c) par ordre du secrétaire d'Etat.

Mais, délinquant ou non, un arriéré ne peut être placé dans une institution à moins qu'une démarche légale n'ait été faite et l'autorisation demandée, ou, pour les placements particuliers, sans qu'il en ait été fait notification au Board of Control et aux autorités judiciaires.

Il existe en Angleterre deux modes de placement pour les arriérés : les placements individuels et les placements dans des institutions.

A) *Placements individuels*. — Ils peuvent se faire : soit en simple tutelle, avec ou sans ordre, dans ce dernier cas, sur simple notification aux autorités locales et au Board of Control, dans les 48 heures (sec. 51, 1 et 2). (Il y a actuellement 2.800 arriérés en tutelle en Angleterre). Soit sous simple contrôle : l'arriéré n'est pas placé par ordre, mais il est inspecté régulièrement par les délégués des autorités locales. Le Board of Control estime qu'il pourrait y avoir sans inconvénient deux tiers des arriérés qui pourraient être traités de cette manière.

B) Les autres arriérés ne sont pas confiés à des particuliers, mais envoyés dans *diverses institutions* :

— *maisons autorisées* (sec. 50) : ce sont des maisons de santé particulières pour malades fortunés ou boursiers qui y entrent librement, sans ordre ;

— *maisons certifiées* (sec. 49), fondées et dirigées par des particuliers, avec l'autorisation du Board of Control, les autorités locales ne contribuent en rien à leur maintien. Les arriérés qui y sont placés peuvent y être envoyés et maintenus par ordre (ce sont des sortes « d'établissements fermés » privés) ;

— *les institutions certifiées* appartenant aux autorités locales qui paient la pension des arriérés qui y sont détenus (si la famille n'y peut contribuer). Le gouvernement contribue également, pour une certaine part, à l'entretien de ces institutions (local government act 1929, sect. 86). Certaines institutions certifiées appartiennent à des sociétés ou associations particulières, les malades n'y sont reçus que par contrat ;

— enfin, le Board of Control peut, avec l'autorisation du secrétaire d'Etat, établir et maintenir une institution spéciale pour les arriérés de tendances dangereuses et violentes (sec. 35) : c'est l'*Institution d'Etat*.

Il existe actuellement en Angleterre :

1 institution d'Etat ; 130 institutions certifiées ; 130 institutions d'Assistance Publique ; 6 maisons certifiées ; 388 maisons autorisées.

Age	1931	1932	1933	1934
Moins de 14 ans	11	12	17	21
14 à 15 ans	31	31	24	40
16 à 20 ans	139	153	134	162
21 à 29 ans	83	77	65	80
30 ans et au-dessus ..	42	40	38	31
Total	306	313	278	334

(Tableau extrait du Board of Control, 21^e rapport annuel).

La délinquance chez les arriérés a son maximum entre 16 et 20 ans, époque où les enfants s'émancipent de l'autorité familiale ; elle s'abaisse vers 30 ans, les possibilités intellectuelles de ces sujets ne leur permettant pas de mener plus avant, avec succès, une carrière criminelle.

Le lieu de placement par ordre dépendra en grande partie de la nature et des circonstances du crime ou du délit et surtout de son auteur : simple arriéré, ou bien instable, impulsif, ou encore arriéré avec complication de névrose. Les cas les plus difficiles sont confiés aux institutions et là ce n'est pas le défaut plus ou moins grand d'intelligence qui est considéré, mais surtout l'absence ou la diminution de la capacité volitionnelle, émotionnelle ou éthique. Enfin, les dangereux, pour eux-mêmes ou autrui (querelleurs, violents, déprimés, cyniques, pervers et entraîneurs de bandes) sont confiés à l'Institution d'Etat.

Toutes ces institutions sont sous la dépendance du Board of Control qui délivre les autorisations, les inspecte et veille, de concert avec les autorités locales, à ce que les dispositions de la loi pour la sauvegarde des arriérés soient appliquées.

Le Board of Control est un pouvoir central, analogue au Ministère de la Santé publique dont il est distinct. Sous la dépendance du Secrétaire d'Etat, et spécialement consacré aux aliénés et arriérés, pour lesquels il représente l'autorité administrative, il a été constitué par la loi de 1913. Il est composé de commissaires légaux et médicaux (dont obligatoirement une femme), qui siègent à Londres, et sont nommés par sa Majesté sur la recommandation du Lord Chancelier ou du secrétaire d'Etat, et d'inspecteurs qui visitent tous les asiles et établissements consacrés aux arriérés au moins une fois l'an.

En ce qui concerne plus spécialement les arriérés, le *Board of Control* est chargé (sec. 21) :

« a) d'assurer l'inspection générale, la protection et le contrôle des arriérés ; b) d'inspecter le contrôle exercé par les autorités locales en vertu de cette loi ; c) de délivrer les autorisations et d'inspecter les institutions, maisons et homes pour arriérés et les dispositions prises par ces institutions pour la garde, l'instruction et le contrôle de leurs pensionnaires ; d) de visiter, par l'intermédiaire des commissaires ou inspecteurs, les arriérés placés dans les institutions et maisons certifiées et les maisons autorisées par cette loi, ou ceux placés en tutelle et toute personne ayant été placée en garde en tant que arriérés ; e) d'établir et de maintenir des institutions pour les arriérés aux instincts dangereux et violents ; f) de prendre toutes les initiatives nécessaires pour assurer un

« traitement effectif des arriérés ; g) d'établir les rapports annuels
« présentés au Parlement et tous ceux qui peuvent être demandés
« par le Secrétaire d'Etat ; h) d'administrer, suivant les dispositions
« de cette loi, les crédits votés par le Parlement pour son exécution.

« Les inspections devront se faire au moins une fois l'an pour
« chaque institution, maison certifiée et autorisée, plus souvent s'il
« est nécessaire.

« Chaque arriéré placé en tutelle sera inspecté au moins deux fois
« l'an. Un commissaire peut libérer n'importe quel arriéré certifié
« ou placé en tutelle mais il n'exercera ce pouvoir qu'avec le consen-
« tement du Secrétaire d'Etat dans le cas d'une personne envoyée
« par ordre dans une institution ou transférée par ordre d'une pri-
« son, d'un asile pour aliénés criminels, ou d'un établissement de
« détention quel qu'il soit, tant que la période pour laquelle elle a
« été condamnée à être détenue n'est pas accomplie. »

Les autorités locales (*sec. 50*) ont aussi leur part de responsa-
bilité dans l'exécution de la loi de 1913. Ce sont, la plupart du
temps, les mêmes qui assurent le contrôle des asiles locaux,
mais le Comité de visite, qui doit s'adjoindre obligatoirement
deux femmes, est également composé de magistrats et de méde-
cins. Ils doivent visiter les institutions pour arriérés et

« s'assurer que tous ceux placés dans leur circonscription sont
« bien des arriérés et que les soins qui leur sont donnés et le contrôle
« exercé est ce qui leur est le plus utile. Ils doivent pourvoir
« aux frais de leur transfert et de leur maintien dans les institutions,
« passer des contrats avec les établissements pour leur maintien et
« contribuer entièrement ou en partie à la création de telles insti-
« tutions. Ils doivent enfin établir des rapports pour le Board of
« Control. »

Notons, en passant, la coopération harmonieuse existant entre
le pouvoir central (Board of Control) et les autorités locales.
Leur compétence médicale et juridique est toujours indiscuta-
ble.

L'institution d'état de Rampton (Notts)

L'institution de Rampton a été créée en vertu de l'article 35
qui autorise le *Board of Control*, avec l'assentiment du secrétaire
d'Etat, à établir et à maintenir un établissement pour les arriérés
aux penchants dangereux et violents, et à en être l'administra-
teur.

Contrairement à Broadmoor, solidement construit en 1863,

pour le maintien de saines traditions et resté tel quel jusqu'à nos jours, Rampton est une institution moderne et bien vivante, créée et dirigée par des jeunes. On ne s'y laisse pas aller au fatalisme, on essaie de guérir, et, en dépit de la piètre clientèle confiée aux soins vigilants des médecins, on améliore ; les arriérés de Rampton sont choisis parmi ceux dont on ne peut rien faire ailleurs, ou parmi ceux qui, envoyés par les Cours ou les prisons, sont considérés comme dangereux et violents.

Ils se répartissent ainsi pour les admissions de 1933 :

Arriérés venant des :

	Hommes	Femmes
Institutions certifiées	22	32
Institutions d'assistance publique	13	16
Prisons	4	1
Cours de juridiction sommaire	5	—
Borstal (1)	1	—
Asiles	1	2
De leur famille	1	—
Etablissements de sûreté	3	1
Ecoles spéciales	1	—
Total	51	52

Le nombre des pensionnaires de Rampton est de 625 hommes, 424 femmes, 35 jeunes garçons, 30 jeunes filles, soit 1.114. La moitié d'entre eux a été admise par suite de crime ou de délinquance. On compte environ 100 débiles pour 22 imbéciles ou idiots et 2 arriérés moraux.

La population de Rampton représente environ 1/25^e du total du nombre des arriérés traités dans les institutions.

La loi anglaise séparant les aliénés et les arriérés, ces derniers, s'ils sont en même temps aliénés, ne sont pas admis à Rampton ; cependant, on estime que la moitié environ des pensionnaires de Rampton extériorisent, par accès, des névroses ou des psychoses. En ce cas, on les garde pendant un mois en observation, avant de les transférer dans un asile.

L'histoire de Rampton montrera, mieux que toute description, l'esprit dont est animé cette extraordinaire institution.

Bien que la création d'un tel institut soit envisagée dès 1913,

(1) Borstal : Institution pénitentiaire pour jeunes gens de 16 à 21 ans ; l'une d'entre elles, Lowdham Grange, très voisine de Rampton, participe du même dynamisme et du même esprit de libéralisme.

la guerre et les difficultés financières qui suivirent, retardèrent sa fondation jusqu'en 1920. Le Board of Control acheta, à cette époque, au Home Office, l'annexe de Broadmoor, située à Rampton (Nottingham), entourée d'un terrain de 260 acres ; il ouvrit dans cet ancien établissement, devenu maintenant le quartier des réfractaires, son institution avec 100 pensionnaires ainsi sélectionnés :

25 femmes venant de la prison de Warwick, 30 hommes et 2 femmes venant de Broadmoor, 45 hommes pris à Moss Side (épileptiques), et qui, jusqu'alors, vivaient séquestrés, inactifs, violents. A Rampton, plus de séquestration punitive, mais au contraire, une échelle intelligemment graduée de récompenses pour ceux qui se conduisent bien. Remplaçant l'inaction, une activité de tous les instants, variée, les jeux alternant avec le travail, ne laissant pas d'intervalles libres pour rêvasser ou mal faire. Posant en principe que s'opposer à une mauvaise action c'est en donner l'idée, et, si l'on insiste, le goût, on laissa faire les pensionnaires, empêchant seulement qu'ils ne devinssent dangereux.

Cette expérience faillit tourner au plus mal : tous les carreaux de la maison furent mis en morceaux, et ce qui était cassable fut cassé. Sans se lasser, et sans punir, on remplaçait les carreaux, les meubles brisés, se contentant de récompenser (liberté plus grande, privilèges, etc...) ceux qui ne cassaient pas. Les fenêtres n'en furent pas pour autant munies de vitres incassables, et ne furent même pas mises à l'abri des coups, elles sont, au contraire, particulièrement bas placées, et, — comme on se lasse de tout, — surtout quand l'entourage réagit par de l'indifférence, bientôt on ne cassa plus, et ne sachant que faire, on s'intéressa au travail qui s'organisait et conférait des privilèges.

Réaction imprévue : le nombre des tentatives de suicide s'éleva, pour la première année, à 150 (pour 100 pensionnaires). Le personnel chargé de la surveillance parlait de démissionner. Néanmoins, pendant 5 à 6 ans, on s'obstina à tenter cette dangereuse et passionnante expérience. Le travail fut perfectionné, les distractions multipliées, les sports développés. On encourageait, sans jamais punir ; tentée sur un petit nombre, elle réussit, et de ces individus, condamnés à la claustration et à l'inactivité pour de longs jours, on fit des êtres humains ayant retrouvé leur self respect, et sur lesquels on pouvait compter. Tout entrant désireux de manifester à sa manière son esprit d'indépendance, de révolte, sa perversité ou sa malignité, se trouve immédiatement encadré et noyé dans la masse de ceux qui travaillent et

ont confiance dans la justice et l'équité de ceux qui les dirigent. Et puis, lorsqu'on sent qu'à un coup-de-tête ne succédera que l'indifférence, on perd vite sa position avantageuse aux yeux de la communauté qu'on a voulu éblouir.

Toutefois, n'exagérons rien : il y a à Rampton un quartier de difficiles, pour lesquels ce traitement s'est montré inefficace, et cependant on organise quelque chose pour eux, de plus, il faut compter avec ceux qui présentent des périodes d'excitation et de dépression, si fréquentes chez de tels sujets. Ils sont alors laissés au lit, sous une surveillance attentive et discrète. Si l'accès est de brève durée, ils restent dans leurs quartiers; sinon ils sont transférés au pavillon central d'où, après mise en observation, ils seront réintégrés dans leurs quartiers ou transférés à l'Asile.

L'application de cette méthode exige, de la part de ceux qui l'emploient, un doigté exceptionnel. Traiter des arriérés comme des normaux, — et des normaux particulièrement bien doués, — et en même temps, tenir compte de leur arriération, n'est pas une chose facile. Dans ce but, on s'efforce, autant qu'on le peut, à donner à toute décision de l'autorité, non pas l'aspect d'un acte arbitraire, mais celui d'un acte raisonné dont les arriérés puissent comprendre le motif et l'approuver. C'est ainsi que l'on évite les révoltes, les essais d'évasions concertées à l'origine desquelles il existe toujours un mécontentement, justifié ou non. Les surveillants remarquèrent un jour, dans un des pavillons de Rampton, des conciliabules, des réunions insolites. Le médecin, aussitôt avisé, fit une enquête et découvrit que la nourriture, considérée, à tort d'ailleurs, par les malades, comme mauvaise et insuffisamment variée, était à l'origine de ces incidents. Il leur proposa d'établir eux-mêmes, pour la semaine, leurs menus avec les moyens pécuniaires à sa disposition. Dans l'impossibilité d'établir quelque chose de raisonnable et qui convienne à tous, force fut aux mécontents de se rendre compte qu'ils n'étaient pas injustement menés, et que désormais ils pouvaient faire confiance.

Actuellement, l'institution se compose d'un bloc central qui formait l'ancien asile, au centre duquel se trouvent la cuisine et la buanderie, extrêmement modernisées. Il est flanqué de chaque côté des anciens quartiers : à droite, celui des femmes, à gauche, celui des hommes, chacun de deux étages, composés uniquement de cellules, peu aménageables et trop grands. Du côté des hommes, il y a sept quartiers :

1° Admission, 43 places, où l'entrant reste en observation dans sa cellule le moins longtemps possible.

- 2° Jeunes adultes de niveau mental inférieur, 51 places.
 3° Vieux adultes de niveau mental inférieur, 61 places.
 4° Arriérés difficiles, 45 places.
 5° Demi-difficiles, 61 places.
 6° et 7° Les meilleurs de ceux qui ne peuvent sortir des quartiers, 50 et 49 places.

Du côté des femmes, la disposition est sensiblement la même.

Ces quartiers représentent ce qu'il y a de moins bien à Rampton, mais leur disposition en cellules est indispensable, ne serait-ce que pour lutter contre l'homosexualité. Dans sa cellule, chaque pensionnaire a une occupation constante, si possible, mais ils se réunissent pour les jeux et les récréations.

De chaque côté de ce bloc central s'étendent les villas, la gloire de Rampton, 16 en tout, ainsi réparties :

Du côté des hommes :

la villa des Acacias : pour vieux de niveau mental très bas	19 places
la villa les Bouleaux : pour vieux de niveau mental très bas	31 —
la villa les Cèdres : pour les Scouts	38 —
la villa les Ormes : niveau moyen	37 —
la villa les Pins : pour les meilleurs	37 —
la villa l'Eglantine : pour les encéphalitiques, niveau bas	37 —
la villa les Saules : ateliers	47 —
et l'Infirmière (maladies intercurrentes)	47 —

Soit, en tout, avec le bloc central, un total de 653 pensionnaires, dont 37 en surnombre.

Du côté des femmes, 7 villas seulement faisant, avec le bloc central, un total de 422 pensionnaires, dont 6 en surnombre.

Chaque villa est un petit monde autonome. Au rez-de-chaussée il y a la salle de réunion, la salle à manger coquette, le service y est fait par petites tables. Aux murs, partout des décorations, des affiches de chemins de fer, des gravures, des peintures exécutées par des pensionnaires, et, aux jours de fête, chaque villa présente l'aspect charmant d'un vrai home. En bas également on trouve la cuisine, le vestiaire, où chacun a son placard fermé à clé, les salles de bains.

A l'étage, 19 chambres et 2 petits dortoirs : l'un de 10, l'autre de 11 places. En outre, 2 chambres pour les surveillants.

Chaque villa est entourée de son jardin, cultivé par les habi-

tants. Chacune possède son club, dirigé par les pensionnaires eux-mêmes. Tous n'y sont pas admis, ce sont les membres du club qui acceptent ou refusent les candidats.

Il n'existe pas de villa pour les gâteux, il y en a si peu à Rampton qu'on n'a pas prévu de lits spéciaux, sauf, bien entendu, pour les épileptiques.

Si les pensionnaires de chaque villa ont une existence un peu autonome, tous doivent se mêler pour les jeux, les sports et le travail. Chaque matin partent les équipes se distribuant dans tous les ateliers, ou se rendant à la gymnastique, à laquelle président deux professeurs résidents, un homme et une femme. Deux gymnases sont aménagés, dont l'un, perfectionné, vient d'être achevé cette année, pour les hommes. Quatre grands terrains sont consacrés aux jeux et aux sports.

Nulle part à Rampton, il n'y a de murs énormes. Les terrains sont entourés de sauts-de-loup. Les murs ont été conçus de manière fort particulière, on les appelle les murs « Ha Ha ». Hauts de 9 pieds chez les femmes, de 10 pieds 6 chez les hommes, ils sont flanqués de contreforts suffisamment hauts pour n'être pas escaladés par un, mais non par deux pensionnaires s'entr'aidant. On sait à Rampton que l'on peut s'échapper. On en a donc moins envie. Mais on ne peut s'évader seul et sous le coup d'une impulsion. Il faut, pour réussir, l'aide d'un camarade, une action concertée à deux ou à plusieurs, ce qui demande déjà plus de réflexion et de décision. L'expérience montre que le nombre des évasions à Rampton est véritablement minime (une vingtaine par année).

Le travail à Rampton. — C'est la partie la plus importante du traitement. Les ateliers, reliés par des couloirs souterrains aux bâtiments administratifs, sont équipés de la façon la plus moderne et le travail y est gradué. Les débutants n'ont guère qu'une activité quasi-automatique (tapis, etc...), mais graduellement ils peuvent s'élever au niveau d'ouvrier et d'artisan.

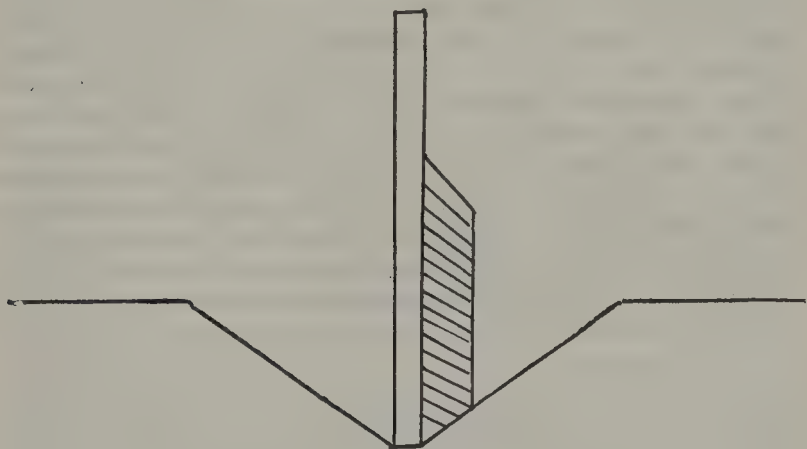
Pour les hommes, il existe des ateliers de cordonnerie, forge, menuiserie, ameublement, vernissage, tapisserie, broserie, vannerie, travaux en ciment, tissages à la main ou à la machine, et fabrique de vêtements, sans compter les services techniques et généraux de l'établissement. A l'extérieur, il y a les travaux de la ferme et du jardin.

Pour les femmes : couture, cuisine, buanderie, tissage à la main, tricotage, travaux en raphia, travaux de peausserie (gants), dentelles, broderies, se partagent leur activité, ainsi que les tra-

vaux du jardin et l'entretien d'un poulailler. Cette année, Rampton a été doté d'un jardin d'hiver où poussent des plantes d'appartement.

Les malades choisissent leur travail, les turbulents préfèrent naturellement les ateliers où l'on se remue et où il y a du bruit : buanderie, forge, etc..., mais dès que les progrès s'affirment, on les change d'occupation.

Chaque atelier renferme au plus 15 ou 20 travailleurs ; ce petit nombre facilite la surveillance jamais excessive et l'instruc-



Profil d'un mur « Ha Ha »

tion. Les outils dangereux sont rangés et comptés chaque soir, ils restent toute la journée à la disposition des travailleurs auxquels on fait apparemment confiance.

Si la grande majorité des travaux exécutés à Rampton est nécessairement d'un caractère utilitaire : réparation et entretien, les dirigeants cherchent cependant à développer l'initiative, la fantaisie, le goût artistique, plutôt que la routine. A l'atelier des métaux, par exemple, à côté des ustensiles de ménage, on fabrique des plateaux, des fleurs artificielles et à l'atelier de cimenterie, pendant le séchage des plaques, des baignoires pour les oiseaux, et toutes sortes d'ornements de jardins.

Chez les femmes, on rivalise d'adresse. On exécute, à Rampton, des broderies merveilleuses, des travaux de dentelles exposées dans le Hall du Pavillon Administratif. Le plus souvent, la conception n'en est pas due aux malades.

Pour maintenir cet excellent niveau et encourager les travailleurs, ils reçoivent de l'argent qu'ils peuvent garder et dépenser à leur guise. On organise chaque année des expositions de travaux qui sont prétexte à de grandes fêtes. Il y en eut deux cette année. Les commandes affluent aux ateliers. Ce sont les gants exécutés par les femmes, dans le meilleur des styles, qui ont le plus de succès.

Les pensionnaires qui, par suite de leurs troubles du caractère ou de leur malignité, ne peuvent pas travailler au-dehors, ne sont pas oubliés et un petit atelier attenant à leur quartier va s'ouvrir. Pour les arriérés, dont le niveau mental est trop inférieur, on a créé un « jardin d'enfants », où on leur apprend progressivement à se servir de leurs doigts. Les leçons durent un quart d'heure, et, alternant avec les jeux, se succèdent sans arrêt : on compte des billes, on enfle des perles, on apprend à manier une aiguille en la passant d'abord dans des trous très gros, puis de plus en plus petits, etc..., à seule fin de ne pas les laisser inactifs. Pour les déficients physiques, il y a des séances de culture physique et de rééducation des mouvements.

La proportion des pensionnaires occupée à Rampton est estimée à 90 % environ de la population totale et on espère améliorer encore ce chiffre.

Les jeux et les distractions de Rampton. — Immédiatement après le travail, les jeux et récréations sont considérés comme faisant partie intégrante du traitement. Ils réunissent tout le monde et se répartissent comme suit : les jeux de plein air : gymnastique avec concours ; sports ; équipes de cricket, etc... ; et les jeux d'intérieur. Ici, l'ingéniosité des dirigeants est véritablement merveilleuse : séances de danse, bals costumés où les déguisements sont tous exécutés dans les ateliers, avec une fantaisie et un goût très sûr, et pour lesquels on dépense sans compter, séances de whist, comédies où chacun s'emploie de son mieux, et, pour développer le goût musical, un chœur, et même... un jazz-band. Toutes ces distractions sont des récompenses qu'il faut mériter. Elles constituent le meilleur des stimulants.

Enfin, le côté éducatif des loisirs a été envisagé. Un conférencier vint, l'année dernière, une fois par semaine, faire aux hommes de la villa des Cèdres, — celle des Scouts, — une conférence ayant pour titre : le tour du monde en 40 minutes, et leur exposer la situation politique de chaque pays. Y assistaient ceux qui le désiraient. On pouvait même prendre part à la discussion qui

suivait. Ces conférences furent un succès : 35 sur les 37 pensionnaires y participèrent. Enfin, le couronnement de cette œuvre est la compagnie des Scouts et des Guides qui, d'ailleurs, n'est pas spéciale à Rampton ; les statuts en furent révisés et adaptés aux débiles mentaux, par le regretté Sir Montagu Borrow. Elle est composée de volontaires qui sont sur le point d'être libérés. Ils se surveillent eux-mêmes, sortent de l'établissement sur parole, vont au cinéma de la ville voisine, font des rallies dans les bois voisins, et même du camping. Certaines mauvaises langues prétendent que, parfois, ils en profitent pour avancer d'autant leur sortie... En tout cas, c'est un moyen de mettre à l'épreuve l'esprit de discipline et d'initiative, et le sentiment de l'honneur qu'on essaye de leur inculquer.

A *Moss Side*, institution d'Etat plus petite, mais conçue sur le même plan que Rampton, on a fait un essai intéressant en créant un « Hôtel » pour les femmes sur le point d'être libérées. Les femmes travaillent en ville, mais leur travail achevé, reviennent le soir se mettre sous la direction des médecins et dans l'atmosphère habituelle. Malheureusement, cette tentative échoue, par suite des conditions économiques. Actuellement, sur six arrières capables de bénéficier de ce genre de traitement, deux seulement ont pu trouver du travail au-dehors.

L'école de Rampton est une partie entièrement séparée de l'institution et réservée aux enfants arriérés jusqu'à 16 ans. Elle se compose de deux villas : une pour les garçons et une pour les filles, de 36 places chacune, d'une école mixte et de terrains de jeux.

Alors que, dans l'institution proprement dite, les dégénérescences physiques étaient peu nombreuses et l'aspect des pensionnaires florissant, ici, nous avons été frappée par les troubles dystrophiques, glandulaires, paralytiques et autres. Nous avons assisté « à une danse », donnée avec le concours du jazz-band de l'institution, c'était navrant.

Le personnel de Rampton. — Le personnel médical : un médecin-directeur, jeune, ayant tous pouvoirs, aidé de trois médecins-assistants, remplissant le rôle de nos internes, avec des traitements bien supérieurs et habitant de confortables et gais logements. Ils se mêlent beaucoup à la vie des malades, assistant et dirigeant les fêtes et les récréations.

Le personnel hospitalier, qui, avec les instructeurs spéciaux, totalise 290 personnes, est logé sur les terrains de l'institution. Il est particulièrement choyé : les habitations sont coquettes et

confortables ; ils ont des clubs, des équipes de jeux : foot-ball, tennis, hockey. Il existe une belle piscine, et, pour ceux qui préfèrent des jeux plus calmes, un terrain de boule. La poste, les boutiques, le bar, — ouvert seulement aux hommes, — complètent cette installation, qui fait de Rampton, éloigné de tout centre, un séjour agréable.

Au point de vue professionnel, tous, employés des services généraux et infirmiers, doivent être titulaires du diplôme d'infirmier de la Société Médico-psychologique. L'enseignement leur est donné par le surveillant du côté des hommes, la « matron », du côté des femmes, aidée d'une assistante, qui concourent avec les médecins à la formation théorique et pratique des jeunes.

Ce qui est remarquable à Rampton, plus que la disposition moderne des bâtiments, plus que le nombre et la perfection technique des ateliers (bien que tout reste dans la mesure : ici, pas de luxe), c'est l'esprit qui y règne, tout le monde étant persuadé de l'utilité et de la beauté de sa tâche ; cette mentalité fait songer à l'enthousiasme de nos médecins de Bicêtre, au XIX^e siècle, pour ces malheureux malades.

Voyons maintenant les dispositions de la loi relative au maintien et à la sortie de ces malades :

Section 10 : « L'ordre donné pour le transfert d'un arriéré dans une institution, sera exécuté dans les 14 jours, à partir de la date de cet ordre (21 jours, si le malade déficient est déjà placé dans une autre institution).

Section 11 : « 1° L'ordre donné pour le maintien dans une institution ou en tutelle d'un arriéré expirera au bout d'un an, à moins qu'il ne soit renouvelé.

« 2° Un ordre ainsi renouvelé vaudra pendant un an, puis s'il est encore renouvelé, pour des périodes successives de cinq années.

« Chacun de ces ordres sera renouvelé si le Board of Control l'estime nécessaire, après avoir pris en considération les certificats désignés par la subsection 4 de cet article et le rapport d'un praticien, qui, à la demande de l'arriéré ou d'un de ses parents, tuteur ou ami, l'a examiné du point de vue mental et s'est enquis des soins et de la surveillance qui lui seraient assurés en cas de sortie.

« Si, à l'époque du placement d'un arriéré dans une institution ou de sa mise en tutelle, celui-ci avait moins de 21 ans, son cas sera examiné à nouveau dans les trois mois qui suivront sa majorité par les commissaires désignés dans cet acte.

« 3° Dans ce but les inspecteurs convoqueront l'arriéré et examineront son état mental, les soins et la surveillance qui lui seraient assurés s'il était libéré, et toutes les circonstances bien examinées.

« S'il leur paraît que la détention ultérieure dans une institution ou « sous tutelle ne soit plus nécessaire dans l'intérêt du malade, ils ordonneront sa sortie.

« Si la sortie n'est pas ordonnée, l'arriéré, ses parents, tuteurs ou « amis, pourront, dans les 14 jours de cette décision, faire appel auprès du Board of Control.

4° Les rapports auxquels il est fait allusion, au paragraphe 2 de la section 10, sont, en plus de ceux déjà mentionnés :

« a) un rapport des inspecteurs, dans le mois qui suit leur visite, « sur l'état mental et les conditions de sortie de l'arriéré, et établis- « sant si, à leur avis, le malade doit être, dans son intérêt, maintenu « en tutelle ou dans une institution.

« b) un rapport spécial fait par le Directeur Médical de l'établis- « sement ou, si l'arriéré n'est pas dans une institution, fait par n'im- « porte quel médecin dûment qualifié, sur l'état mental et physique « du malade accompagné d'un certificat concluant à son maintien, « dans une institution ou sous tutelle et donnant toutes les autres « informations sur celui-ci que le Board of Control peut demander.

« 5° Le Secrétaire d'Etat peut adresser au Board of Control un « ordre de renouvellement pour le maintien d'un arriéré. »

Transferts. — Section 16 (1) : « Quand un arriéré placé dans une « institution est trouvé aliéné ou le devient, le Board ou les Direc- « teurs de l'Institution avec l'autorisation du Board prendront les « dispositions nécessaires pour son transfert et son placement dans « un établissement soumis aux lois sur l'aliénation, après avoir « donné aux parents, ou au tuteur de cet arriéré, la possibilité de « les prendre eux-mêmes.

(2) : « Quand l'état mental d'une personne détenue dans un asile « est tel qu'elle devrait être transférée dans une institution pour « arriérés, le Board, ou le Directeur de l'asile avec le consentement « du Board prendront les dispositions nécessaires pour obtenir son « placement dans cette institution et son transfert. »

Deux hommes et une femme ont été transférés pendant l'année 1934 de l'institution de Rampton dans un asile.

Les transferts ne se font pas qu'entre asiles et l'institution de Rampton ; toutes les institutions pour arriérés peuvent y envoyer des arriérés, les uns définitivement, les autres en observation pour 6 mois, à condition que les autorités locales, responsables de leur entretien, payent pension.

De Rampton, on transfère volontiers à Moss Side, où se trouvent des arriérés dangereux mais plus faciles à diriger, et où ils pourront éventuellement recevoir des visites, si leur famille est plus proche.

Il a été transféré de Rampton en 1934 : 51 hommes et 15 fem-

mes à Moss Side, 18 hommes et 24 femmes à des institutions certifiées, 3 hommes à des maisons autorisées, 1 homme et 1 femme de Rampton ont été remis en tutelle après libération conditionnelle.

Les sorties se font : — par transferts (cf. *supra*), — par ordre spécial du secrétaire d'Etat, — par accomplissement de la loi (ordre de détention non renouvelé) (4 hommes et 2 femmes), — par ordre des inspecteurs.

Au total, il y eut 9 sorties en 1934 (pour 1.114 pensionnaires !).

Les libérations conditionnelles permettent aux arriérés de vivre un certain temps au-dehors sous surveillance, et de tenter leur chance ; neuf ont été accordées pour 1934 : 6 hommes et 3 femmes. 7 revinrent à Rampton, 2 furent confiés après cet essai à des tuteurs.

Enfin, le nombre des évasions a été de 11 pour 1934, le plus bas chiffre depuis l'ouverture de l'institution. Nous signalons, en outre, qu'à Rampton un arriéré coûte à l'Etat 26 s. 6 d. par semaine (comme à Broadmoor).

Si nous ne considérons que le chiffre des sorties, les résultats de tous ces efforts, faits de si grand cœur, ne sont pas encourageants, mais le seraient-ils davantage ailleurs ? Le prix du maintien de ces arriérés difficiles, à qui l'on donne une vie heureuse et utile, n'est pas plus élevé que là où on les garde malheureux, séquestrés, inactifs et violents. Notons que ces arriérés, aux tendances violentes et dangereuses, s'amendent sous ce régime intelligent, puisque 113 ont pu être retransférés en l'année 1934 dans des institutions ordinaires.

Une expérience analogue a été tentée, il y a quelques années, à Vienne, par le Dr Aichhorn pour les enfants négligés et difficiles des deux sexes, elle est citée par Grace W. Pailthorpe (in « Etudes sur la psychologie de la délinquance », 1932), qui ne mentionne pas d'ailleurs l'effort fait à Rampton (nul n'est prophète en son pays). Cette expérience semble avoir remporté un éclatant succès.

(à suivre).

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 11 Mars 1937

Présidence : M. René CHARPENTIER, président

PRÉSENTATIONS

Hallucination psychique à localisation auriculaire unilatérale,
par MM. J. CAPGRAS et Ch.-H. NODET.

La malade que nous avons l'honneur de vous présenter est une délirante chronique se plaignant de phénomènes qu'une terminologie classique qualifierait d'Hallucinations psychiques unilatérales.

OBSERVATION. — Mme K..., 65 ans, ancienne cuisinière, était internée dans notre service depuis le 30 octobre 1936. Elle en est sortie, non guérie, il y a une dizaine de jours. Cette malade est atteinte d'un délire systématisé de persécution qui date d'environ 5 ans. Les persécuteurs sont désignés, et de ce fait l'histoire de cette malade comporte deux épisodes successifs :

Pendant 4 ans, la malade s'est plainte d'un « sort » dont seraient responsables deux dames. En pension au bord de la mer, en juillet 1932, Mme K... a remarqué beaucoup de choses étranges pendant son séjour : hostilité diffuse, chuchotements, gestes bizarres à signification mystérieuse mais certaine. Quand elle part, elle note la façon curieuse dont la maîtresse de pension et son amie prennent congé d'elle. Et depuis, ces deux femmes vont continuer leur manège qui

poursuivra la malade pendant 4 ans. Elle insiste en particulier sur plusieurs points : une nuit, elle a ressenti « un grand coup de couteau dans le dos. J'ai eu un cri épouvantable. Je suppose que ce sont ces femmes ». Une autre nuit, elle a senti une femme qui lui serrait le cœur : « Comme si quelqu'un me serrait le cœur dans sa main. » Mme K... suppose que cela se rattache encore au « sort ». Enfin, phénomène plus constant, « son œil gauche est tout abîmé au point de voir tout renversé et en zigzag... Les trottoirs sont comme les vagues de la mer ». Il lui reste heureusement l'œil droit, aussi n'a-t-elle jamais eu d'accidents...

Le second épisode date de 10 mois. Les persécuteurs vont changer. Elle voit dans le journal l'annonce d'un guérisseur lyonnais à qui elle va demander la disparition du « sort », qui pèse sur elle. Ce guérisseur présente ainsi l'étonnante efficacité de sa méthode : « La Main qui guérit à distance par Télé-z-ondes, action magnétique et de la force-pensée ». Il promet 85 % de réussite et sa sollicitude classique s'étend — en une vingtaine de lignes — des goitreux aux enfants énurésiques, en passant par tous les malchanceux et tous les déshérités de la vie. Mme K... lui écrit le 18 mai 1936. Le fakir lui répond, lui envoie sa photographie, des grains d'Arabie et une formule de supplication à réciter chaque soir, à 8 heures, devant la photographie, en brûlant un grain. La malade se plie docilement à ces fantaisies et obtient immédiatement un double résultat très précis : son œil continue à voir en zigzag et elle commence à ressentir des douleurs qui, à partir de juillet 1936, seront une véritable torture. La maîtresse de pension et son amie sont complètement oubliées, l'objet du délire se déplace. Le fakir G... assume maintenant à lui tout seul toute la responsabilité de l'agressivité persécutrice.

Cette action malfaisante, tenace, est d'une extrême variété : « On pourrait en parler pendant quatre jours. » Outre le trouble persistant de la vision de l'œil gauche, Mme K... se plaint avec une particulière insistance de phénomènes suivants :

G... connaît sa pensée. Il sait tout ce qu'elle sait, tout ce qu'elle pense. Il voit tout ce qu'elle fait. Il la suit partout où elle va. Ce n'est pas une surveillance de tous les instants, mais il ne se passe pas de jour qu'il ne se manifeste plus ou moins fréquemment : « Il a placé quelque chose chez moi qui le renseigne sur tout. Il n'y a personne plus intelligent ; c'est presque le Bon Dieu. »

D'autre part, elle converse facilement avec lui et ceci par deux modes différents. La nuit, il la réveille en parlant à haute-voix, d'une voix « assez claire, forte, distinguée ». Il lui réclame ainsi de l'argent, jusqu'à 2.000 fr., que la malade envoie en partie. Mme K... l'entend par ses deux oreilles sans distinction de côté. Le jour, G... lui parle par « suggestion ». Et, ce qui est très particulier, c'est que cette suggestion est latéralisée : « Je n'entends pas de voix..., une pensée subite, par l'oreille droite..., j'entends qu'il me la dit. » Mme K... lui répond de la même façon : « Je n'ai pas répondu, j'ai

pensé..., alors il n'y a pas de côté dans ma tête. Je ne peux pas m'expliquer cette chose-là. » La malade, dans ses récits et ses lettres, oppose toujours, avec la même monotone précision, cette distinction entre ce que G... lui dit à haute voix, par les deux oreilles, la nuit, et ce qu'il lui dit par suggestion, du côté droit seulement, le jour.

Enfin, Mme K... se plaint de douleurs multiples que G... lui inflige comme un véritable martyr. Douleurs dans le dos, « comme un petit marteau de caoutchouc qui me frappe continuellement de droite à gauche la colonne vertébrale... », douleur au cœur qui gémit (imite de la voix ce gémissement), tellement il est secoué ; douleurs dans la poitrine, comme « de véritables feuilles de papier en feu », crampes, décharges dans les jambes, impression d'être fouettée avec une ceinture de cuir ». Son cerveau est « voilé, tendu, avec des griffes à l'intérieur du front ». « De temps en temps, il est comme fendu en deux sur la longueur, et soulevé, et remis en place, sur le côté gauche de la tête. » « Tout cela est une torture, c'est pire que je l'explique, c'est une chose incroyable. Ce G... est un surhomme, un sorcier extraordinaire qui est à craindre. »

Certains phénomènes banaux en soi sont rapportés à l'action maléfique de G... : transpiration, tremblement imperceptible des doigts, défaillance de la mémoire.

Tout ce récit délirant est assez facile à suivre, malgré la multiplicité des détails ; l'aventure est assez pauvre et ne s'enrichit guère. D'un interrogatoire à l'autre, la malade répète parfois mot pour mot la même description cruelle. Elle sait par cœur les lettres qu'elle écrit aux médecins. L'argumentation n'existe pas. Mme K... ne se soucie d'aucune preuve à fournir. Elle souffre, elle entend, elle sait : cela suffit. Et sa conviction est absolument inébranlable, elle l'affirme parfois avec bonne humeur, parfois avec agressivité menaçante. A son entrée, elle a présenté des réactions dépressives et anxieuses. La malade aurait eu déjà des phases de dépression avec idées de suicide à la suite d'intervention chirurgicale, il y a 3 ans.

Pas d'affaiblissement intellectuel notable. Apprécie très exactement qualités et défauts de l'entourage. Généralement serviable et bienveillante, proteste cependant à l'occasion de certains incidents du service. Néanmoins, son caractère paraît avoir un fond de bonhomie un peu naïve.

Examen physique : la tension artérielle est de 13/8. Elle serait montée autrefois à 29 (d'après le fils). L'examen oculaire montre un œil gauche dont l'acuité corrigée ne dépasse pas 1/2. L'examen des oreilles précise une otite sèche bilatérale. La malade a des diarrhées fréquentes. L'examen du cœur, des poumons, de l'abdomen est négatif. Aucun signe d'alcoolisme chronique : la malade a toujours été sobre.

L'observation de cette malade nous paraît appeler les quelques réflexions suivantes :

I. Sans préjuger d'aucune théorie, d'un simple point de vue phénoménologique, on peut dire que le récit de la malade doit la faire qualifier d'hallucinée et d'interprétante. Quand Mme K... entend G... qui lui parle, que ce soit à haute voix ou par suggestion, elle décrit une attitude psychologique nettement hallucinatoire; elle a la conviction intime de l'existence d'un interlocuteur. A vrai dire, à partir de la voix entendue (ou de la pensée connue), Mme K... n'infère pas l'existence d'un interlocuteur à portée de voix. Elle sait que G... habite toujours Lyon; elle ne crée pas le personnage en fonction de son élocution. Elle admet une action à distance. Elle reporte volontiers à 400 km. l'origine de la voix qu'elle entend. Il semble bien difficile de ne pas reconnaître que l'esthésie hallucinatoire présumée cède le pas devant la croyance délirante.

D'autre part, Mme K... interprète manifestement quand elle rattache à l'action de G... une série de petits troubles : tremblement imperceptible des mains, transpiration, défaillance de mémoire. Sa conviction ne repose sur aucun démarche syllogistique. Elle affirme purement et péremptoirement cette influence maléfique.

II. La suggestion dont se plaint la malade a un caractère un peu particulier, elle se fait par l'oreille droite. Comment peut-on expliquer cette latéralisation? Faut-il invoquer un trouble organique asymétrique qui redonnerait des points aux conceptions mécanistes de l'hallucination?

Nous ne le pensons pas, car il faut, avant toute hypothèse, se demander ce que vaut le témoignage de la malade, quelle est la valeur introspective de ses observations. Il est évidemment impossible de comparer ce que la malade affirme sentir avec ce qu'elle sent réellement. Mais on peut comparer la certitude avec laquelle la malade affirme des sensations incontrôlables, avec la certitude également sereine avec laquelle elle affirme des erreurs manifestes.

Or, la malade peut être prise en flagrant délit d'erreur, nous n'osons pas dire de mensonge. Pour explorer la valeur de cet œil qui, depuis 5 ans, voit « en zigzag », on lui fait boucher l'œil droit sain. Ne regardant qu'avec son œil présumé « abîmé », elle dessine sur une feuille de papier une ligne droite telle qu'elle doit être, et une ligne brisée telle qu'elle déclare voir cette ligne droite. De même, du doigt, elle désigne le bord rectiligne d'un carton tel qu'il est (et donc tel qu'elle le voit) puis une courbe ondulée, telle qu'elle prétend la voir.

D'autre part, il ne faut pas admettre cette suggestion

dans « l'oreille droite » comme un phénomène exactement éprouvé comme tel, uniquement parce que la malade l'affirme avec calme, répétition et lucidité. La malade a le même ton pondéré et convaincant pour parler de son cerveau qui est coupé dans sa longueur, légèrement entrebaillé comme un livre, puis refermé. Une assertion ne doit pas être tenue comme exacte, pour autant seulement qu'elle paraît vraisemblable. Il est plus important, par des recoupements, d'apprécier la créance à apporter au témoignage.

Du reste, quand on fait préciser à la malade ce qu'elle ressent, elle assemble des termes contradictoires : « une pensée subite, par l'oreille droite. ». Il faut ajouter que G... lui parle à « haute voix » uniquement la nuit, quand il la réveille, donc au moment où on peut supposer la vigilance psychique de Mme K... un peu amoindrie. Si l'on remarque encore l'expression métaphorique évidente des troubles de la sensibilité générale, — « impression qu'on la fouette », « comme si quelqu'un me serrait... », — il semble bien que tous ces troubles manifestent avant tout leur caractère illusionnel, lié à une attitude affective fondamentale qui est le nœud profond de tout délire de persécution.

Nous avons vu que les phénomènes délirants touchant la sensibilité générale devaient probablement être alimentés par des paresthésies, banales chez une malade qui présente des troubles tensionnels et intestinaux. L'œil qui voit en zigzag a en réalité une acuité moindre que l'autre œil. Le tractus sensoriel auditif est légèrement touché par une double otite chronique, dont il serait peut-être téméraire d'affirmer l'exakte symétrie. Une lésion prédominante peut servir de point d'appel. De toutes façons, cette « suggestion » dans l'oreille droite est tout à fait comparable aux localisations hallucinatoires cervicales, épigastriques, abdominales, mais il est curieux de noter que cette localisation auriculaire n'a pas donné à ladite suggestion la moindre apparence d'hallucination auditive verbale.

Il nous a paru intéressant de présenter cette malade. D'une part, cette suggestion latéralisée n'est pas de sémiologie très courante. D'autre part, bien que nous ne croyons pas résoudre totalement le problème, cette particularité du récit de la malade illustre une fois de plus la difficulté d'analyser exactement le témoignage d'un délirant. Dans le cas présent, nous croyons qu'il serait imprudent d'en tirer un argument pour une conception trop mécaniste du délire. Il nous semble au contraire qu'une fois de plus la croyance affective s'avère primitive et fondamentale dans la projection hallucinatoire du délire.

M. GUIRAUD. — Cette malade présente entre autres intérêts, celui de montrer la différence très nette qu'il y a entre l'hallucination psychique dans laquelle il n'y a aucune intervention sensorielle et l'hallucination auditive verbale où il y a un élément esthétique incontestable. Elle constate sur elle les deux phénomènes et les décrit fort bien. Il est certain qu'elle entend réellement les paroles de son persécuteur à certains moments, tandis qu'à d'autres moments elle ne les entend pas. Il y a une perception sensorielle véritable à certains moments et aucune perception sensorielle aux autres moments.

M. CAPGRAS. — Le caractère paradoxal des dires de la malade n'est pas en faveur de l'hypothèse d'un facteur sensoriel dans la genèse de ses troubles mentaux. L'existence d'une otite double pourrait expliquer l'intervention du facteur sensoriel, si les paroles prononcées par le persécuteur étaient localisées des deux côtés ou même d'un seul côté, car il peut y avoir prédominance des lésions de ce côté. Mais, au contraire, c'est l'hallucination psychique, le phénomène sans parole, l'influence sans attribut auditif, qui est localisé.

Adénolipomatose diffuse, insuffisance polyglandulaire et démence, par MM. Paul COURBON et Roger STORA.

Sous le nom d'adénolipomatose symétrique, Launois et Bensaude décrivirent en 1900 dans l'Iconographie de la Salpêtrière un syndrome constitué par la dissémination de tuméfactions lipomateuses plus ou moins symétriquement diffuses sur tout le corps, principalement autour du cou, mais respectant l'extrémité distale des membres. Les auteurs considéraient ce syndrome comme l'expression d'une maladie primitive des glandes et des vaisseaux lymphatiques.

Ils publièrent une trentaine de photographies de ces déformations observées par eux chez plusieurs sujets. Et ils relevaient à cette époque 80 cas de cette maladie dans la littérature scientifique.

Le malade que nous présentons offre le tableau décrit par Launois et Bensaude, mais enrichi d'autres troubles somatiques et mentaux.

Il est rentré à l'asile à l'âge de 69 ans, le 2 février dernier, avec le certificat suivant du D^r Logre : « Alcoolisme chronique. Confusion mentale. Onirisme. Ici, voit des rats, dévide des fils, pousse les

« murs pour les faire reculer. Propos indistincts et peu intelligibles.
« Gros kystes rétro-cervicaux. Résistance à l'examen physique. Misère.
« Etat sordide. Arrêté dans la rue. Plaie superficielle du front. »

Et voici les renseignements recueillis sur son passé auprès d'une vieille maîtresse avec laquelle il vit depuis plus de 30 ans, et les constatations que nous avons pu faire :

Ils étaient neuf frères ou sœurs, dont trois sont morts de cancers. Un de ses cousins est également mort de cancer. Son père était alcoolique et se suicida par pendaison. Plusieurs membres de la famille étaient alcooliques.

Toujours borné d'intelligence. Ne put jamais apprendre à lire ni à écrire. Gagna sa vie comme manœuvre non-spécialisé dans différentes places, resta une dizaine d'années chez le même patron, mais avec des gains inférieurs à ceux des autres manœuvres, encourageant constamment les reproches de ses employeurs qui se plaignaient de ses oublis, de ses maladresses, déclarant qu'ils le payaient plus cher qu'il ne valait. A l'époque des plus hauts salaires, quand ses camarades touchaient 40 francs par jour, il n'avait que 20 francs.

Il fut versé dans le service militaire auxiliaire.

Toute sa vie, il fut ivrogne, coureur et brutal, se vantant d'avoir pendant son enfance, étant berger, éventré à coups de fourches un taureau qu'il avait eu de la peine à rattraper, et d'avoir faussement accusé de cette vengeance un valet, père de famille, qui fut chassé par le patron.

C'est vers la quarantaine qu'apparurent les premières tumeurs, d'abord sur la nuque, puis, avec des mois d'intervalles, autour du cou, ensuite sur le thorax, enfin, le long de l'échine.

A un certain moment, ses mamelles étaient devenues si grosses qu'il ne pouvait fermer son gilet, il y a de cela plusieurs années.

Jamais il n'eut de maladie proprement dite, mais sa validité physique diminua avec l'âge et les progrès des tumeurs.

Depuis nombre d'années, il était sujet à des fugues, ou à des absences dont le caractère pathologique ne fut pas reconnu, habitué qu'était l'entourage à ses ivresses, à son gaspillage du temps, à ses oublis. En avril 1936, il eut un ictus pour lequel on l'hospitalisa quelques jours à Bicêtre. Depuis lors, jusqu'à son internement, il vécut à son domicile, en état de confusion, soigné par sa maîtresse.

Psychiquement, il a présenté et présente encore un état habituel de confusion mentale d'intensité variable. Aux moments d'amélioration, qui durent plusieurs jours de suite, il se rend compte de sa présence dans un hôpital, évoque des souvenirs imprécis, les plus clairs portant sur son enfance et son adolescence, mais on note une atteinte profonde du jugement et de l'affectivité, et il ne s'intéresse à rien ni à personne.

Aux moments d'aggravation, qui sont de plus en plus fréquents et que les tests biologiques provoquent, on note un onirisme à caractère professionnel : il se lève, cherche ses vêtements et ses outils ; ou plus



Figure de face

Bosses : préfrontale, rétro-auriculaire, présternale, mammaires, sus-ombilicale, sous-ombilicale, préinguinales, prédeltoïdienne, des plis du coude. — Pilosité normale mais atrophie testiculaire. — Intégrité des membres inférieurs.

souvent à caractère anxieux : il crie au secours, fuit devant des ennemis, a une mimique terrifiée. En effet, lorsque nous avons recherché sa créatine urinaire, nous avons constaté des accès d'oni-



Figure de profil

Bosses : rétro-auriculaire, dorsale supérieure, sus-scapulaire, dorsale moyenne, lombaire, sacrée, présternale, mammaire, sus-ombilicale, sous-ombilicale, prédeltôidienne, du pli du coude. — Intégrité des membres inférieurs. Sur le côté droit, les tumeurs sont symétriquement disposées.

risme après le repas d'épreuve de 300 gr. de viande rouge, de même lorsque nous lui avons injecté 1 cc. d'extrait post-hypophysaire.

Physiquement, on note une taille de 1 m. 54. La radiographie ne

montre ni déformation du rachis sur toute sa longueur, ni spinabifida, ni absence de vertèbres.

Les disséminations habituellement symétriques des masses lipomateuses, allant du volume d'une noix à celui d'une tête fœtale sont les suivantes :

Dans la région mastoïdienne, on trouve de chaque côté deux grosses masses, celle de droite a la grosseur d'une noix, celle de gauche d'un poing.

Dans la région cervicale, en avant du corps thyroïde, une autre de la grosseur d'un œuf. En arrière, dans la région dorsale haute, la plus grosse qui a le volume d'une tête d'enfant. Toutes paraissent indépendantes les unes des autres. La peau qui les recouvre est parcourue de légères varicosités violacées.

Dans la région sus-scapulaire, deux ovoïdes à grand axe oblique en bas et en dedans ressemblant à des épaulettes, et se continuant toutes deux par une masse plus petite.

La région dorso-lombaire est capitonnée de deux gros bourrelets lipomateux quadrangulaires.

Dans la région sacrée : un seul, triangulaire, à base supérieure.

En avant, des seins proéminents comme ceux d'une femme, et ils l'ont été davantage il y a quelques années.

Dans la région abdominale, les masses se rejoignent sur la partie médiane et entourent un ombilic excavé. Dans la région inguinale, deux lipomes masquent les testicules. Aux membres supérieurs, on en trouve encore deux dans la région du pli du coude, de chaque côté.

Les muscles sont flasques et diminués de volume, la force musculaire également diminuée. Aux mains, on note, en même temps que la rétraction de l'aponévrose palmaire, l'atrophie des petits muscles thénariens et hypothénariens.

Il n'y a pas d'adénopathies des chaînes cervicales axillaires ou inguinales.

Les testicules sont à peine du volume d'un œuf de pigeon, perceptibles au-dessous de l'anneau inguinal. Il n'a jamais eu d'enfant. Mais son appétit sexuel aurait été normal jusqu'au seuil de la vieillesse. La verge et la pilosité sont normales.

La recherche de la créatine urinaire a montré un taux élevé, de 0 gr. 20.

Le corps thyroïde n'est pas modifié à la palpation. Le métabolisme basal diminué de 17,2. Le volume de l'air respiré est 277,4 avec $\text{CO}_2 = 3$ et $\text{O} = 3,6$. Quotient respiratoire : 0,83 et valeur trouvée du métabolisme : 30,2.

La radiographie ne montre aucune autre modification de la selle turcique qu'un épaississement des clinoides postérieures sans déformations. Et la tolérance du malade aux hydrates de carbone ne paraît pas perturbée, notablement.

Les résultats de l'examen interférométrique sont les suivants : hypophyse ant. : 2,9 ; post. : 0. Thyroïde : 0,7.

On ne note rien aux poumons. A la radiographie, l'image pulmonaire présente l'aspect d'une sclérose vasculo-bronchique légère du type rencontré habituellement chez les malades de cet âge. Pas de signes de compression dans le médiastin.

Le cœur ne présente rien d'anormal. La tension est de 17/9. La formule sanguine est celle d'une polynucléose notable : globules rouges : 4,290.000 ; hémoglobine : 75 ; valeur : 0,9 ; globules blancs : 8.400.

La formule leucocytaire est de 16 lymphocytes, 4 mononucléaires moyens, 2 mononucléaires grands, 77 polynucléaires neutrophiles, 1 polynucléaire éosinophile.

L'urée sanguine varia de 0,33 à 0,48. Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn négatifs dans le sang.

L'urine n'a ni sucre, ni albumine.

Aucun signe neurologique. Le liquide céphalo-rachidien est limpide, a une tension de 20, une hyperalbuminose à 0,55. Pandy : \pm ; Weichbrodt : 0 ; leuco. : 1,6, avec de nombreux globules ; benjoin colloïdal : 00000.22222.10000 ; Meinicke : négatif ; Bordet-Wassermann : négatif.

Les pupilles sont normales avec cataracte complète de l'œil gauche, incomplète de l'œil droit.

Dans les antécédents personnels, on ne note qu'une blessure de la cuisse droite avec enfoncement thoracique au cours d'un accident de travail, il y a de cela vingt ans environ.

En somme, le tableau clinique présente les modifications de l'adénolipomatose de Launois et Bensaude, début insidieux, absence de douleur, de paralysies et de compressions, tuméfactions disséminées symétriquement à la nuque, au cou, à la poitrine, à l'extrémité proximale des membres, à l'abdomen, gonflements mammaires par poussées, anémie. Il se complique des signes d'insuffisance thyroïdienne, testiculaire et d'un état démentiel.

Depuis la description de Launois et Bensaude, les travaux sur l'adénolipomatose se sont multipliés et la bibliographie que nous en donnons est bien incomplète. Ils tendent à légitimer la doctrine qui unifie au lieu de les opposer les adiposes et les lipomatoses. C'est la conclusion à laquelle arriva André Thomas, à propos d'un malade dont les lipomes ne se superposaient pas aux ganglions lymphatiques.

Nous ne voulons pas intervenir dans cette question qui dépasse notre compétence. Nous rappellerons simplement que Launois et Bensaude avaient pour ainsi dire entrevu eux-mêmes cet avenir de leur syndrome comme le prouve cette phrase de leur

article : « Peut-être l'adénolipomatose symétrique, l'adénolymphocèle, le pseudolipome sus-claviculaire et l'œdème segmentaire de Debove doivent-ils être groupés dans une même série morbide ».

Nous ne reprendrons pas non plus la discussion des diverses théories glandulaire, nerveuse, arthritique, infectieuse, toxique, traumatique, ne voulant pas faire une revue générale, à propos d'un cas. Nous nous bornerons à quelques rapides réflexions concernant l'état mental des sujets atteints d'adénolipomatose diffuse.

La déficience de l'état mental de ces sujets est très souvent signalée, mais elle n'est presque jamais décrite dans les observations publiées. On dirait que le pittoresque du syndrome physique et le mystère de sa pathogénie absorbent toute l'attention de l'observateur. Les rares psychiatres qui constatèrent la paralysie générale, la psychose hallucinatoire, la confusion ou la démence alcooliques, n'insistent guère sur les rapports des éléments physiques et des éléments psychiques du syndrome. Quant aux autres médecins ils se contentent d'une formule télégraphique : débilité mentale, déficience de l'intelligence, manque de mémoire, etc. On peut en conclure que si l'atteinte de l'intelligence n'est pas toujours très profonde dans l'adénolipomatose diffuse, elle y est cependant très fréquente.

De plus, il s'agit principalement d'individus à hérédité tarée, dont la capacité semble avoir été originellement réduite, puisqu'ils ne purent exercer que d'humbles métiers.

Ces considérations conduisent donc, sinon à l'affirmation catégorique, du moins à l'hypothèse très vraisemblable que troubles physiques et troubles mentaux de l'adénolipomatose diffuse ont la même condition essentielle : une insuffisance constitutionnelle, un état de dégénérescence, dirait-on dans l'ancienne nomenclature, un état d'abiotrophie, dirons-nous d'après le vocabulaire de Marchand, qui oppose les encéphaloses constitutionnelles aux encéphalites acquises. Les accidents toxiques, infectieux ou traumatiques de l'existence ne feraient qu'aggraver l'abiotrophie constitutionnelle et hâter l'éclosion de ses manifestations.

Le cas de notre malade n'est pas pour infirmer cette hypothèse.

Héréditairement, on note l'alcoolisme et le cancer dans les antécédents : trois frères et un cousin morts du cancer.

Psychiquement, il n'a jamais pu apprendre à lire, ni gagner le même salaire que les autres manœuvres. Physiquement, la

faiblesse de sa constitution l'a empêché d'être soldat. Avec l'âge et l'aide de l'alcool, l'insuffisance de ses glandes thyroïdienne, génitales et de son cerveau s'est aggravée. En un mot, c'est un dégénéré dont l'alcoolisme n'a fait que précipiter la démence.

BIBLIOGRAPHIE DE LA LIPOMATOSE SYMETRIQUE

- ROGUES DE FURSAC et FURET. — *Bull. Soc. Clin. de Méd. Mentale*, 17 mai 1921, p. 132.
- LÉRI. — *Le Monde Médical*, 1924, page 637.
- LABBÉ. — *Soc. des Hôp. de Paris*, 20 février 1902.
- RECLUS (Paul). — *Journal des praticiens*, 15 octobre 1910, pages 657-661.
- SCHUSSEN. — *Arch. Fär. Psychiatrie*, XLVI, page 3, 1910.
- BALZER (F.) et BELLOIS. — *Bulletin de la Soc. française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, p. 213, mai 1912.
- BENSAUDE. — *Bulletins et Mémoires de la Soc. Médicale des Hôpitaux de Paris*, an. XXX, p. 960, 24 mai 1914.
- DUHOT. — *Echo Médical du Nord*, 8 février 1914, p. 61.
- TRÉNEL et FASSOU. — *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, décembre 1912, p. 485.
- CADE et CORDIER. — *Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 26 nov. 1901.
- MOLLARD et CHATTOT. — *Lyon Médical*, 10 mai 1908, p. 1049.
- NORMAN. — *The Journal of Mental Science*, janv. 1906, p. 62.
- LAUNOIS et BENSAUDE. — *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, nos 1, 2, 3, 1900.
- BRIZARD. — *Bull. de la Soc. fr. de Dermatologie*, 13 mai 1920, p. 154.
- MENETRIER, BENARD, DERVILLE. — *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 4 juillet 1924, p. 1065.
- ROCH. — *Revue de Médecine*, an. XXV, III, n° 6, p. 540, 10 juin 1908.
- NEUWELT (Louis). — *New-York Journal of the American Medical Association*, p. 168, 20 janv. 1912.
- MICHON. — *Presse Méd.*, 1936, 18 avril, p. 663.
- PAGNIEZ (Ph.). — *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, n° 23, p. 964, 4 juillet 1912.
- GOUGEROT (H.), BLUM (Paul), BRALEZ (J.). — *Bull. Derm. et Syph.*, 1932, 39^e année, p. 527.
- NATALE. — *Minerva Médica*, tome XXI, 15 sept. 1930.
- CHEVALIER (Paul). — *Presse Méd.*, 26 juin 1934.
- CHLAPOLOVSKY. — *Revue Médicale*, 7 nov. 1934.
- NORMAN (Tobias). — *Presse Médicale*, 17 avril 1935.
- THOMAS (André). — *Presse Médicale*, 9 mars 1929.
- DUVOIR, POLLET. — *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, février 1937.
- MIROLLI (Angelo). — *Riforma Médica*, n° 51, p. 1624, 10 décembre 1928.
- BUSCHKE (A.) et WOLFGANG CASVES. — *Presse Médicale*, ann. 1929, 20 juillet.
- DELL-ACQUA. — *Presse Médicale*, 1936, 24 juin.
- CLAUDE R. ROCCA. — *Documentaire Médical*, 26 juin 1936.
- ROUSSY (G.). — *Précis d'anatomie pathologique*, I, II, p. 1035.
- BABONNEIX et DAVID. — *S. Méd. des Hôpitaux*, 14 juin 1910.
- BABONNEIX et POLLET. — *Revue Neurologique* (décembre 1925).

Boiterie pithiatique chez une débile épileptique. Torpillage. Guérison, par MM. L. MARCHAND, Y. LONGUET et Louis ANGLADE.

Il n'est pas rare d'observer chez des épileptiques des phénomènes pithiatiques dont le diagnostic peut présenter quelque difficulté. Dans le cas actuel, il s'agit de troubles de la marche purement fonctionnels dont la disparition ne put être obtenue que par le torpillage.

Mlle V..., âgée de 32 ans, est traitée régulièrement à la consultation d'épileptiques de l'hôpital Henri-Rousselle depuis le mois de mars 1931.

A l'âge de 2 ans 1/2, elle a fait une première crise convulsive qui a duré environ une heure.

Jusqu'à l'âge de 11 ans, elle a présenté chaque année une crise analogue.

Depuis, les crises sont devenues beaucoup plus fréquentes, quotidiennes, survenant surtout la nuit. Il s'agissait de crises comitiales typiques, sans aura, avec chute, perte de connaissance, morsure de la langue, émission d'urine, amnésie consécutive. Les mouvements convulsifs prédominaient nettement du côté droit, la tête se déviant à gauche. Les règles survenues à 12 ans 1/2 n'ont modifié ni la fréquence, ni le caractère de ces crises. Depuis ses premières règles, la malade a toujours présenté de la dysménorrhée.

Sous l'influence du gardénal, les accidents comitiaux se sont peu à peu espacés, le dernier date du 2 juillet 1934. Les crises ont été remplacées par des étourdissements durant quelques minutes et suivis d'une courte obnubilation avec céphalée.

Enfin, depuis le mois de juin 1935, on ne note que quelques absences, très courtes, de plus en plus rares.

On ne trouve rien de notable dans les antécédents héréditaires de cette malade. A part ses manifestations convulsives, elle n'a eu aucune maladie grave. Son développement physique s'est fait normalement. Notons cependant qu'elle a toujours été très forte pour son âge, elle est même devenue obèse ; elle a pesé jusqu'à 106 kilogr., il y a quelques années, et pèse encore actuellement 90 kilogr. Son caractère était assez égal, plutôt enjoué. Elle a été à l'école jusqu'à 13 ans, mais apprenait difficilement. Elle sait cependant lire et écrire, mais fait de nombreuses fautes dans les opérations élémentaires qui lui sont proposées.

Le 19 octobre 1932, la malade s'est présentée à la consultation en boitant de façon dramatique, avec un fléchissement de la jambe droite à chaque pas, rappelant la démarche observée dans la luxation congénitale de la hanche. Elle disait ressentir une douleur dans l'aîne du même côté et avoir l'impression d'un déclanchement dans le membre

inférieur droit. En même temps, elle accusait une douleur dans l'épaule gauche, le pied droit et les doigts, et se plaignait de craquements dans la poitrine. Tous ces phénomènes avaient débuté brusquement le matin même.

L'examen pratiqué à ce moment n'a montré aucun signe organique, à part une légère douleur sur le trajet du sciatique. Il n'y avait pas de paralysie, pas de troubles de la sensibilité, aucun stigmate d'hystérie ; le réflexe pharyngien était conservé. Les réflexes tendineux étaient normaux et les pupilles égales, réagissant normalement. Dès ce moment on pense à des troubles pithiatiques, et, malgré différents traitements (frictions, rééducation, suggestion médicamenteuse), on n'obtient aucun résultat.

Pour préciser le diagnostic, en décembre 1933, une radiographie du bassin est pratiquée. En voici l'interprétation : « Bassin asymétrique, moins développé à droite. Réduction du diamètre bi-iliaque, sourcil cotyloïdien gauche plus saillant que le droit. »

Un examen chirurgical des membres inférieurs n'a décelé aucun trouble organique du squelette, des articulations et des muscles.

Munis de tous ces renseignements, nous envoyons, le 2 juillet 1934, la malade consulter le Dr Tinel qui a conclu « à une grosse majoration névropathique, pithiatique, greffée sur un petit état douloureux de la hanche et du genou », et a proposé une séance de torpillage.

Celle-ci a eu lieu quelques jours après et en 20 minutes environ la malade a récupéré une marche normale qui depuis n'a subi aucune autre modification. La crainte d'une nouvelle séance de torpillage n'est certainement pas étrangère au maintien de cette guérison. La malade peut reprendre momentanément sa boiterie telle qu'elle était avant le torpillage si on le lui demande.

Chez cette malade, obèse, endocrinienne, atteinte de débilité mentale profonde on ne pouvait trouver aucun motif intéressé et utilitaire à sa boiterie, aucun mobile affectif, aucun désir d'impressionner son entourage. Elle n'a vu personne autour d'elle présenter des troubles de la marche. On ne peut parler de simulation, d'imitation. De plus, il s'agissait d'une épileptique chez laquelle on ne relevait aucun stigmate d'hystérie.

Ce cas diffère donc totalement de celui présenté ici-même par Xavier Abély et Fretet (1) et cependant la nature fonctionnelle du phénomène est la même. Les douleurs fugaces ressenties au début, quoique ne répondant à aucune affection précise, ont certainement joué un grand rôle dans la production de la boiterie.

Le traitement du trouble moteur par la persuasion, par dif-

(1) X. ABÉLY et FRETET. — Un cas de contracture hystérique guérie au bout de 29 ans. *Soc. Médico-psychol.*, 10 décembre 1936, p. 812.

férents produits médicamenteux, par la mécano-thérapie n'avait donné aucun résultat. Aucun élément douloureux important n'expliquait cette boiterie. C'est alors que le traitement par le torpillage a été tenté avec succès. La malade n'a manifesté aucun sentiment particulier de contentement ou d'ennui, après avoir repris une marche normale.

La guérison se maintient depuis deux ans. Remarque intéressante, la malade peut reprendre momentanément, si on le lui demande, la boiterie avec les mêmes caractères qu'avant le torpillage. Il y a lieu d'ajouter que nous maintenons la guérison avec la menace d'un nouveau traitement encore plus actif que le premier en cas de récurrence.

M. Ach. DELMAS. — Je ne sais si l'on peut parler là d'hystérie. D'après les réponses que nous a faites cette débile, sa boiterie a eu une douleur réelle pour première cause. Cela rappelle non l'hystérie mais la stasobasophobie. J'ai vu ce cas se produire chez une malade qui avait été traitée par des injections de sels d'or. Une piqûre produisit un phlegmon qui fut suivi de contracture antalgique, contracture qui détermina des crises d'anxiété au moment de la station debout et de la marche.

On peut comparer le rôle de la débilité mentale à celui de la confusion mentale que G. Dumas a signalée chez certains sujets dits hystériques et qui s'oppose, tant qu'elle dure, à l'effet psychothérapique.

**Délire conjugal, par MM. H. BEAUDOUIN, E. MARTIMOR,
M^{lle} J. LACASSAGNE et M. J. DEVALLET.**

L'histoire clinique du couple délirant que nous présentons à la Société Médico-Psychologique nous a paru digne d'intérêt parce qu'elle ne correspond à aucun des mécanismes généralement invoqués pour expliquer l'apparition des délires à deux.

On admet en effet que l'éclosion de syndromes délirants chez deux individus vivant ensemble peut être provoquée de deux façons :

1° Un sujet plus intelligent impose son délire à son compagnon : c'est la « folie communiquée » de Lasègue et Falret ;

2° Dans d'autres cas, plus rares, les deux délires apparaissent simultanément parce qu'il s'agit de prédisposés subissant les mêmes influences psychologiques occasionnelles (« folie simultanée » de Régis ; « Délires parallèles » de Claude ; « Psychoses convergentes », de Lévy-Valensi et Ey).

On verra que l'observation de notre couple délirant ne cadre avec aucune de ces deux hypothèses.

Mme A... entre à Maison-Blanche pour la première fois le 14 novembre 1935, à l'âge de 38 ans.

Son père, buveur de cidre, est mort à 56 ans, deux ans après un ictus accompagné d'hémiplégie droite. Sa mère est vivante, âgée de 74 ans, bien portante. Deux sœurs sont également en bonne santé.

Elle a été réglée à 19 ans. Les règles sont normales. Elle serait entrée en 1934 à l'Hôpital Tenon « pour du rhumatisme articulaire », nous dit-elle. Cependant, elle n'aurait pas eu d'œdème des régions articulaires ; elle était fiévreuse depuis quelque temps, ressentait des douleurs dans les jambes, à type de brûlure, et avait de la peine à marcher et à vaquer à son ouvrage.

Elle s'est mariée avec M. A... en 1927. Ils ont trois enfants bien portants dont l'aîné a 6 ans.

Son mari, plus jeune qu'elle de 7 ans, est fumiste. Son père, éthylique avec avéré, est mort à 62 ans. Sa mère était sobre ; elle avait une ascite, sur la nature de laquelle il ne peut donner de précisions ; elle est morte à 62 ans. Un frère est mort à 42 ans. Il a encore quatre frères et deux sœurs vivants, bien portants.

Le ménage s'entendait assez bien. Si l'on en juge par l'attitude actuelle des deux époux, il semble que la femme, sans doute en raison de la différence d'âge, avait un certain ascendant sur son mari. Celui-ci buvait quelque peu ; il avoue une quantité indéterminée de vin, bière, cafés arrosés. Cependant, il affirme qu'il n'était jamais ivre, et sa femme ne le contredit nullement.

Mme A... était à l'ordinaire assez renfermée, parlait très peu, et ne sortait guère. Pas d'excès de boisson chez elle.

Le 6 novembre 1935, son mari, se réveillant dans la nuit, la trouve par terre, sans connaissance. Il va chercher des agents, et on la transporte à l'hôpital Tenon.

Nous n'avons pu, malheureusement, avoir des renseignements sur les symptômes que la malade présentait. M. A... déclare que sa femme aurait dormi pendant 24 heures consécutives. Lorsqu'il allait la voir à l'hôpital, elle ne manifestait pas de troubles mentaux. Cependant, elle a dû être changée de service, parce qu'elle était agitée, et, le 14 novembre 1935, elle était envoyée à Ste-Anne, avec le certificat suivant du Docteur Léchelle :

Hôpital Tenon, placement. — « Est atteinte de troubles mentaux ; « cette malade est entrée dans le service pour des accès d'agitation « avec violences à l'égard d'autres malades. Actuellement, continuellement anxieuse et refusant de répondre aux questions, elle « accuse son entourage de la martyriser et manifeste constamment « sa violence et ses mauvaises intentions. L'examen organique est « négatif. — Signé : D^r LÉCHELLE. »

Asile clinique, immédiat, 16 novembre 1935. — « Présente depuis

« quelques semaines un état d'appréhension avec idées de persécution, excitation passagère et insomnie. Peut être transférée. —
« Signé : D^r SIMON. »

Certificat immédiat de M. le D^r Beaudouin à Maison-Blanche le 17 novembre. — « Débilité mentale. Idées confuses de persécution ;
« explications sommaires et imprécises. Interprétations probables.
« On ne me regarde pas... », impression d'être surveillée, espionnée.
« Eléments d'aspect onirique ; apparence de début récent. Inexpressivité. Ton bref. Impatience de sortir. Pâleur. Nécessité de renseignements objectifs. A observer. »

L'examen somatique montre peu de choses : la malade est pâle, un peu asthénique. Le cœur est normal ; la tension est basse : 11 1/2-8 1/2. Les réflexes tendineux sont normaux. Les pupilles sont égales, réagissant bien à la lumière et à la convergence. Pendant son séjour, le 28 novembre 1935, on note des troubles vaso-moteurs des extrémités : doigts blancs, en même temps qu'il existe une conservation des attitudes ; un pouls lent et un état de torpeur intellectuelle qui se prolonge pendant 24 heures environ. Elle parle peu, avec réticence ; elle s'exprime d'un ton bref, assez hostile ; elle réclame sa sortie. Jamais de réaction nocive. Même lorsque son mari vient la voir, elle ne manifeste pas d'idées délirantes. Aussi, M. A... demandait-il sa sortie avec insistance, et on la lui accorde à la fin de janvier 1936. Au cours de ses visites à Maison-Blanche, le mari a exprimé à plusieurs reprises au médecin des idées de persécution à thème politique nettement délirantes.

Il est remarquable que les troubles se sont, pour ainsi dire, extériorisés, seulement deux mois plus tard, en mars. A ce moment, elle a commencé à parler seule ; son mari lui disait : « Mais qu'as-tu ? A qui parles-tu ? Tu es folle !... », et commençait à trouver justifié l'internement précédent. Cependant, devant l'attitude incrédule de son mari, elle était encore réticente.

Vinrent les élections. M. A... s'occupait activement de politique. Très exactement, il suivait les réunions électorales d'un député, et il était chargé, avec l'aide d'autres camarades, d'expulser les contradicteurs trop véhéments, les fauteurs de troubles.

Peut-être buvait-il un peu plus qu'à l'accoutumée. Quoi qu'il en soit, une nuit, il s'entend appeler et injurier : « On me disait : « La Rocque..., Martineau-Desplats... Ordure..., fumier..., fasciste... », tout cela sans arrêt. Je me suis dit : mais ma femme n'est pas folle !... elle n'entendait rien de ce qu'on me disait, parce que c'était dans la journée qu'on lui parlait. »

Le lendemain, au marché les injures recommencent. Il va alors se plaindre à un agent, est conduit à l'Infirmerie Spéciale.

Infirmerie Spéciale, 3 juin 1936. — « Alcoolisme chronique. Accidents subaigus. Etat confusionnel. Obtusion. Orientation difficile. « Onirisme. Poursuite « par les ombres ». Hallucinations auditives. « Voix injurieuses et menaçantes. Sorte de T.S.F. Echo des paroles,

« des actes, avec commentaires malveillants. « Ils entendent tout par le nez, en respirant » ; tout est répété. On l'appelle le Colonel de « La R... et on l'empêche de trouver du travail. Plainte spontanée à « un agent de police. Congestion céphalique. Peau chaude et moite. « Trémulation généralisée. Pas de signes neurologiques. Gros foie et « grosse rate. Pouls 192. Internement antérieur de sa femme (15 septembre 1935 au 26 janvier 1936). Permis de conduire à supprimer « au moins provisoirement. — Signé : D^r HEUYER. »

Transféré dans le service spécial de Ville-Evrard, le 10 juin, certificat immédiat. — « Est atteint de délire mal systématisé de persécution, à thème politique ayant fait suite à un accès d'énirisme « alcoolique. Gros excès de boisson avoués. A maintenir. — Signé : « D^r MARTIMOR. »

A l'Asile, il n'entend plus rien. Mais la conviction délirante persiste : « Je sais qu'on m'en veut », dit-il.

A l'examen, faciès congestif. Langue saburrale. Tremblement digital. Réflexes rotuliens augmentés. Foie normal. Excitation psychique.

Au mois d'août 1936, il commence à réduire ses idées délirantes et il quitte le service.

Certificat de sortie. — « Est guéri de l'accès délirant alcoolique « qui a déterminé l'internement. Il peut être confié à sa femme qui « sollicite sa sortie à la condition d'être surveillé. — Signé : D^r RO-DIET. »

Rentré chez lui, il retrouve sa femme qui n'avait pas cessé de délirer. Sur ce point, nous avons pu avoir des renseignements par l'Assistante Sociale du quartier. Elle insiste, en effet, sur ce que Mme A... est très délirante, mais plus réticente que son mari. Pendant que celui-ci était interné, elle a toujours conservé un comportement anormal et les enfants étaient absolument négligés et livrés à eux-mêmes.

M. A... nous dit : « Ils » m'avaient laissé tranquille à l'Asile. Mais huit jours après que j'étais sorti, « Ils » ont recommencé ». Au début d'octobre, c'est Mme A... qui allait à son tour déposer une plainte au Commissariat. La démarche s'étant avérée malencontreuse, puisqu'elle a provoqué l'internement actuel, M. A... le lui reproche amèrement ; mais, à ce moment-là, les époux étaient pleinement d'accord et déliraient ensemble. Un examen médical est alors demandé par la Préfecture à l'hôpital Henri-Rousselle. Voici, résumés, les renseignements fournis par l'enquête :

« Le mari tient des propos absurdes : on lui pique le dos avec des « épingles. On le poignarde pendant la nuit. Il descend la nuit « demander à la concierge d'intervenir auprès d'un fakir qui le « poignarde et lui perce la langue. Il importune également un homme « politique. »

« La femme est plus réservée, méfiante. Cependant, elle exprime « aussi des idées délirantes. Un jour, elle prévient la concierge que, « dans la maison, elle a vu des femmes voler des enfants et les « emporter dans des sacs.

« Les querelles sont fréquentes entre les époux. Tapage nocturne
 « dont se plaignent les voisins. Les époux A... se barricadent chez
 « eux pendant la nuit. Ils déménagent leurs meubles d'une pièce à
 « l'autre. Ils ne se servent pas de l'électricité. Ils prétendent, en effet,
 « que les persécutions sont d'autant plus fortes que la lumière est
 « plus vive. Les enfants sont livrés à eux-mêmes et sont, par suite,
 « turbulents, indisciplinés. La concierge se plaint de leurs exploits :
 « ils urinent par la fenêtre et jettent toute sorte d'ordures et de
 « détritrus dans la cour de l'immeuble. »

Le couple est alors conduit à l'Infirmierie Spéciale où le Docteur Logre établit les deux certificats suivants :

23 octobre 1936. — M. A... : « Idées délirantes de persécution. In-
 « terprétations morbides et hallucinations. Eléments éthyliques. Dé-
 « lire à deux avec sa femme. Depuis les élections, des communistes
 « qui veulent l'attirer à leur parti se servent de rayons X et de rayons
 « ultra-violet pour lui taper dans la tête, le magnétiser, connaître
 « ses pensées, l'insulter, l'asphyxier avec des gaz « de pétrole ».
 « On lit son journal en même temps que lui, on commente ses actions.
 « On agit sur son foie et sur son cœur, en le piquant. Excitation
 « actuelle. Volubilité. Visage rouge. Tremblement des doigts et de la
 « langue. Tendance à l'obésité. On veut se venger de lui parce qu'il
 « a voté pour M. Martineau-Desplats. L'influence vient sans doute de
 « la Grange-aux-Belles ou de la Bourse du Travail. »

Même date. — Mme A... : « Est atteinte d'idées délirantes de per-
 « sécution. Interprétations morbides et hallucinations probables.
 « Délire à deux avec son mari. Depuis février dernier, des incon-
 « nus, dont elle ne sait rien si ce n'est que leur influence provient
 « de la direction de Maison-Blanche, lui font des « envois », lui
 « tapent dans la tête et dans le dos. C'est un genre d'électricité qui
 « peut atteindre toutes parties du corps. Caresses à distance prove-
 « nant « d'une autre maison ». Commentaire des actes, écho de la
 « pensée et de la parole. La nuit dernière toute la famille a été
 « foudroyée. Ses enfants en avaient « les côtés de la bouche blancs »,
 « et le mari, « la bouche violette ». Son mari semble s'être aperçu
 « le premier des persécutions, mais c'est elle qui s'est plainte aux
 « autorités. Lettre au Directeur de la Police. Tremblement de la
 « langue. Très faible tremblement des doigts. Réflexes tendineux vifs.
 « Ses règles seraient moins régulières et de plus en plus fréquentes
 « depuis quelques mois. »

Etat actuel. — Les deux malades délirent, chacun de leur côté. Il n'y a amélioration ni chez l'un, ni chez l'autre, malgré une séparation de cinq mois.

La femme, réticente, butée, extériorise par bribes un délire pauvre et monotone, qu'elle exprime par des néologismes stéréotypés. Elle croit que ses enfants sont enfermés à l'Asile de Maison-Blanche (alors que l'Assistance Publique les a placés chez des nourriciers,

dans la Somme). Elle les entend crier le jour et la nuit ; on les torture, on leur « dégrammatise » l'intérieur, on les « foudroie ». Elle a vu tout cela de ses yeux, certaines nuits, « à travers une espèce de buée que provoque le foudroiement ». Ce foudroiement, elle l'a ressenti et le ressent encore continuellement : « Ce sont des angoisses qui piquent, des tortures qui viennent de loin. » L'Asile de Maison-Blanche, les médecins et la police en sont les auteurs.

Lorsqu'on veut tenter une analyse plus exacte des symptômes, la malade arrête l'interrogatoire par cette phrase : « Nous voulons seulement savoir pourquoi nous avons été foudroyés, nous et nos enfants, et pour quelle raison on nous a conduits ici ? »

Le mari revient dans le Service Spécial, la femme à Maison-Blanche. L'activité hallucinatoire du mari paraît beaucoup plus intense. Il est prolixe et s'extériorise ; sans doute, se méfie-t-il de nous, mais il n'a aucune hostilité à notre égard, et se raconte volontiers. Il semble aussi qu'il ne puisse pas freiner le jeu hallucinatoire. Il converse avec ses voix devant nous, et nous commente leurs propos. Le thème est toujours le même : ce sont les communistes qui lui en veulent. Ils ont des machines qui lui envoient des pensées et des paroles, qui « l'agissent ». Sa femme ne sait pas tout, mais lui sait, « il a tout compris des machines ». Elle a, malgré tout, raison quand elle parle des « envois », des « foudrois », des « foudroiements ». Une certaine « Marie ou Margot », — ainsi la nomme-t-il, — le persécute également. Elle représente l'élément de ruse, de tromperie. C'est une belle fille ; il l'a vue dans le miroir de l'oculiste ; elle est brune, c'est une belle femme ; elle lui envoie des sensations voluptueuses ; elle le rend amoureux, elle l'excite ; on lui fait avoir des rêves érotiques ; on lui montre des femmes nues ; tout cela pour l'épuiser, le tuer peu à peu. N'est-ce pas leur tactique ? « Ils » le tuent en le desséchant. Il n'a plus que la peau sur les os. Pour ne pas que l'on s'en aperçoive, « ils » le gonflent avec du gaz ; ainsi nous y trompons-nous. « Ils » travaillent tout son corps ; « ils » broient sa colonne vertébrale ; « ils » tordent son foie, son estomac, son intestin, « ils » lui piquent les yeux.

Nous avons confronté nos deux malades ; les deux délires sont assez différents, comme nous l'avons, croyons-nous, détaillé ; cependant, la femme prend acte de certains propos de son mari pour nous dire, d'un ton agressif : « Toutes ces choses ne devraient pas exister, Docteur ! » Il est vrai qu'à d'autres moments elle rit franchement. Mais son mari parle par des « perd-tête ». De même, M. A... dit à sa femme : « Ne dis pas cela, tu vas te faire passer pour folle devant les Docteurs... » Quelques querelles s'ensuivent. Mais les deux thèmes se combinent et s'enrichissent légèrement l'un l'autre ; le délire explicatif peut différer, mais le fond est le même, c'est pourquoi chacun peut admettre partiellement ce que dit l'autre ; ils sont d'accord sur ce point : on les persécute. Mais, nous le répétons, chacun délire pour son propre compte.

Nous avons pratiqué l'examen physique de nos deux malades :

Mme A... : tension artérielle 11 1/2-7 1/2, tension moyenne 9, indice 9 1/2. Mains froides, moites et légèrement cyanosées. Diminution des mouvements des paupières. Rareté du clignement. Quel que soit le ton de la malade, sa véhémence, la mimique est extrêmement diminuée. Voix légèrement nasonnée. Légère hypertonie à gauche, au membre supérieur, par la manœuvre de Froment. Epreuve de la chaise : les jambes restent absolument immobiles. Elle dit avoir eu, lors de son premier internement, de l'extension spontanée du gros orteil. Elle nie avoir eu des crises de tremblement.

M. A... : a également une diminution notable de la mimique. Bouffées congestives dont il a conscience et qu'il met sur le compte de ses persécutions. Tremblement très marqué des doigts, inconstant d'après lui. Nous n'avons pas trouvé d'hypertonie manifeste même par la manœuvre de Froment. Il existe une atrophie, remarquable chez cet homme qui exerçait un métier pénible, des muscles de la paume des deux mains. Asymétrie faciale ; légère parésie faciale gauche. Du même côté, il existe de l'hypoacousie. La bouche est légèrement déviée à gauche. Fibrillations de la langue, qui ne paraît pas déviée. Insomnie : il nous a dit être resté « 80 jours sans dormir ». Il eût été intéressant de pouvoir pratiquer des examens oculaires et vestibulaires, ainsi que l'examen du liquide céphalo-rachidien, mais l'opposition du malade ne nous a pas permis de le faire.

L'observation de ce double syndrome psychopathique peut se résumer ainsi : l'une des malades, *Mme A...*, commence à délirer alors qu'elle vient d'être séparée de son mari et c'est seulement quelques jours plus tard que ce dernier, resté seul dans son logement, manifeste à son tour des hallucinations et des idées de persécution, différentes d'ailleurs de celles de sa femme. Au bout de trois mois, *Mme A...*, améliorée, mais réticente, sort de l'Asile. Peu de temps après, son mari, sous l'influence, semble-t-il, d'excès alcooliques, voit son état s'aggraver sous la forme d'un épisode onirique qui nécessite l'internement ; puis, le malade paraissant avoir abandonné ses idées délirantes, les deux époux sont à nouveau réunis. Ils ne tardent pas à délirer de concert et à la suite d'une plainte aux autorités, sont internés tous les deux le même jour. Depuis cette séparation, hallucinations et idées de persécution sont devenues plus actives chez l'un et l'autre malades. Lorsqu'on les confronte, ils critiquent mutuellement leurs systèmes délirants respectifs, qui restent dissemblables.

On ne constate donc pas dans notre couple l'influence de l'un des sujets sur l'autre ; il n'y a ni inducteur, ni induit, ni actif, ni passif. Chacun des deux malades a son délire propre qui n'est pas partagé par l'autre. La séparation des deux sujets

ne guérit ni l'un ni l'autre. Après le premier internement, il est vrai, le mari s'est amélioré, mais c'est, semble-t-il, à la faveur de la suppression d'une intoxication surajoutée. Internés à nouveau depuis plusieurs mois, les deux époux sont plus hallucinés que jamais, chacun de son côté. Nous n'avons donc pas affaire à un délire communiqué, type Lasègue et Falret. D'ailleurs, dans de tels cas, l'inducteur communique à son compagnon ses croyances délirantes, non ses hallucinations : or, nos deux malades sont hallucinés.

Il ne semble pas non plus qu'on puisse invoquer le mécanisme pathogénique que Régis met à la base de sa « folie simultanée ». Les deux sujets paraissent un peu débiles, et ont également une hérédité alcoolique. Mais on ne trouve dans notre cas ni l'identité de causes psychologiques occasionnelles, ni l'identité du délire. Les deux conjoints ne vivaient pas dans une grande intimité, le mari s'occupant en dehors et la femme dans son ménage ; ils n'avaient pas les mêmes préoccupations, la femme s'intéressant surtout à ses enfants, tandis que l'homme se passionnait pour les conflits politiques ou sociaux et, de fait, chacun des deux thèmes délirants reflète l'une de ces deux orientations affectives bien différentes.

Pourquoi donc ces deux époux ont-ils déliré ensemble ? ou — plus exactement — pourquoi l'homme a-t-il commencé à délirer quelques jours après avoir conduit à l'hôpital sa femme qui s'est mise à délirer à ce moment ?

Au point de vue chronologique, tout s'est passé comme si l'épouse avait communiqué à son mari une maladie épidémique pendant la période d'incubation. Une telle comparaison doit-elle nous entraîner vers une assimilation ?

M. G. Petit, étudiant le « rôle prédominant des infections par ultra-virus dits neurotropes dans le déterminisme des psychoses » (1), signale qu'il a pu déceler, dans de nombreux cas, « des caractères nettement épidémiques et contagieux ».

Nous avons recherché chez nos deux malades les indices d'une atteinte infectieuse du névraxe. Dans les commémoratifs, nous trouvons une période d'hypersomnie chez la femme, qui s'est reproduite pendant l'internement.

Actuellement, on constate chez les deux époux des troubles vaso-moteurs, de la diminution de la mimique et quelques autres petits signes neurologiques trop frustes pour pouvoir entraîner l'affirmation catégorique d'une contagion organique. Cette hypothèse méritait cependant d'être envisagée.

(1) *Congrès des Aliénistes et Neurologistes*, Limoges, 1932.

M. MARCHAND. — Les affections mentales des deux conjoints paraissent n'avoir aucun rapport entre elles. Elles seraient survenues même s'ils avaient été séparés l'un de l'autre. Toutefois, le délire du mari semble avoir déteint sur celui de la femme, puisqu'elle nous a déclaré qu'elle était électrisée comme lui.

M. LÉVY-VALENSI. — La femme a quelque apparence physique d'encéphalite. Mais quel est le taux du sucre dans le liquide céphalo-rachidien ?

M. COURBON. — Dans une communication faite devant la Société (18 juillet 1927) sur les psychoses en foyer dont le délire conjugal est le type, j'avais proposé la classification schématique suivante concernant les rapports étiologiques que ces psychoses peuvent avoir entre elles :

a) Les psychoses par *induction*, quand il y a eu réellement contagion mentale entre les individus. C'est la folie communiquée des anciens auteurs.

b) Les psychoses par *postduction* quand la psychose d'un sujet a pour cause, non pas la propagation des symptômes délirants d'un autre sujet, mais le bouleversement causé indirectement par la folie du premier atteint, sur les conditions physiques ou morales d'existence de l'autre : émotions, chagrin, privations, misère, etc.

c) Les psychoses par *cumduction* lorsque les folies des sujets ont pour cause l'identité de la vulnérabilité des sujets aux mêmes causes extérieures.

d) Les psychoses par *coïncidence* enfin lorsqu'il n'y a aucun rapport dans l'étiologie des psychoses, lorsque la simultanéité d'apparition des troubles mentaux est l'effet du pur hasard.

Si les deux époux qu'on nous présente sont atteints tous deux d'encéphalite, on a deux psychoses de *cumduction*. Si au contraire un seul d'entre eux est encéphalitique, on a deux psychoses de *coïncidence*.

M. MARTIMOR. — Mon malade dont vous avez vu la grande excitation a refusé toute ponction lombaire. Celle-ci n'a pas été faite non plus chez la malade.

La séance est levée à 11 h. 15.

Le Secrétaire de séances :

Paul CARRETTE.

Séance du Lundi 22 Mars 1937

Présidence : M. René CHARPENTIER, président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du jeudi 11 février 1937 et le procès-verbal de la séance du lundi 22 février 1937 sont adoptés.

Correspondance

M. Paul COURBON, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre du D^r P. MÂLE qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national* ;

une lettre du D^r Eduardo KRAPP, médecin agrégé de l'Hospice Las Mercedes, à Buenos-Ayres, qui demande à faire parti de la Société au titre de *membre associé étranger* ; la Société désigne une Commission composée de MM. COURBON, E. MINKOWSKI et GUIRAUD rapporteur, pour l'examen de cette candidature : le vote aura lieu à la séance du 26 avril 1937 ;

une lettre du professeur P. COMBEMALE, *Secrétaire général du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française*, qui invite la Société à se faire représenter à la XLI^e session du Congrès qui aura lieu à Nancy, du 30 juin au 5 juillet 1937. La Société désigne MM. René CHARPENTIER, président, FILLASSIER, vice-président, COURBON, secrétaire général, COLLET, trésorier, Paul ABÉLY et Paul CARRETTE, secrétaires des séances, pour la représenter à cette session.

Election d'un membre correspondant national

Après lecture d'un rapport de M. BEAUDOUIN, au nom d'une Commission composée de MM. BEAUDOUIN, DEMAY et MARCHAND, il est procédé au vote sur la candidature de M. le D^r POTTIER, au titre de *membre correspondant national*.

Nombre de votants	22
Majorité absolue	12

A obtenu :

M. le D^r C. POTTIER 22 voix

M. le D^r C. POTTIER est élu *membre correspondant national* de la Société médico-psychologique.

Election de 3 membres titulaires

Après lecture d'un rapport de M. G. COLLET, au nom d'une Commission composée de MM. CAPGRAS, G. COLLET, Ach. DELMAS, GOURIOU et SIMON, il est procédé à l'élection à trois places de *membres titulaires* :

Nombre de votants	25
Majorité absolue	13

Ont obtenu :

M. le D^r P. ALLAMAGNY 25 voix
 M. le D^r J. VIÉ 25 —
 M. le D^r G. VILLEY-DESMESERETS 23 —

MM. les D^{rs} P. ALLAMAGNY, J. VIÉ et G. VILLEY-DESMESERETS sont élus *membres titulaires* de la Société médico-psychologique.

COMMUNICATIONS

A propos du procès-verbal : la psychose périodique chez l'enfant, par M. G. HEUYER.

Récemment, à la suite de la publication par M. Delmas d'un cas de cyclothymie infantile, M. Baruk et Mlle Gevaudan ont présenté, à la dernière séance de la Société, des observations de psychose périodique chez l'enfant. Ils rappellent qu'Esquirol et Ritti avaient rapporté des cas de manie et de mélancolie chez l'enfant et ils ajoutent que l'existence et la description de la psychose chez l'enfant ont été encore peu étudiées.

Je suis surpris de cette affirmation qui néglige la thèse très remarquable de Mlle Thérèse Revon, élève d'André Collin, sur « les états périodiques d'excitation et de dépression chez l'enfant » (Paris, 1923).

Déjà Chaslin, en 1913, avait considéré l'instabilité comme une forme légère de la constitution hypomaniaque.

Dans notre thèse, en 1914, nous avons noté (p. 115) la fréquence du caractère cyclothymique chez l'enfant et nous avons indiqué que ce caractère cyclothymique se manifeste quelquefois par une délinquance périodique.

Depuis, à maintes reprises, nous sommes revenu sur cette notion, au cours de nos études sur les troubles du caractère chez l'enfant, en particulier avec M. Gouriou (*Journal Médical Français*, juillet 1929), et plus récemment dans notre rapport sur la délinquance infantile (Congrès de Bruxelles, 1935).

Notre collègue Logre a décrit plus spécialement les manifestations périodiques de la délinquance à forme cyclothymique chez l'enfant (*Pratique Médicale Française*, 1928).

Les états d'excitation comme les états de dépression se rencontrent fréquemment chez l'enfant, à tout âge et à tous les degrés. C'est une notion qui est devenue familière aux élèves de mon service. Si le plus souvent les états de dépression ne nécessitent pas un internement, par contre ils peuvent aboutir au suicide ; c'est une des causes fréquentes du suicide infantile qui a été souvent étudiée depuis la thèse de Durand-Fardel.

Il en est de même des états d'excitation périodique chez l'enfant. Le plus souvent, ils se réduisent à un état hypomaniaque, — indiscipline, turbulence, — qui rend le séjour à l'école difficile. Mais quelquefois, il s'agit de grands accès maniaques qui nécessitent l'internement.

Nous rapportons ci-dessous le certificat d'internement d'un enfant que nous avons examiné à l'Infirmierie Spéciale :

le 12 avril 1925, B. J., âgé de 14 ans.

« Etat maniaque, excitation psychique, aisance souriante, familiarité, hypertonie, jeu, instabilité, besoin incessant de déplacement ; jette ses affaires par terre ; refus de les ramasser, insolences, plaisanteries, causticité, jeux de mots, narration satisfaite de ses avatars, faits enrichis à plaisir, invention imaginative, résidus de lecture, « fable en marche », expansion, préoccupations érotiques précoces, désordre des actes, fugues, vagabondage, vols ; arrêté pour avoir dérobé 45 francs à son patron, vente de journaux, camelot ; condamné pour rester jusqu'à sa majorité en colonie pénitentiaire ; aurait fait une tentative de suicide par pendaison à la Petite Roquette.

« Antécédents de déséquilibre, abandon du domicile maternel il y a trois ans, vie aventureuse, pas de débilité, arriération scolaire par insuffisance d'école ; milieu familial amoral, manque de surveillance, évolution anti-sociale inéluctable. »

Ce jeune malade a été transféré à l'Asile de Breuty-la-Couronne; il est sorti de l'Asile et nous avons eu l'occasion de le revoir et de le suivre. Il a été pendant longtemps calme; il a pu travailler; il paraissait mener une vie sociale normale. Nous avons appris par sa sœur que, de nouveau, il a fait des fugues et des vols; comme il avait la majorité pénale, il a été condamné.

Ainsi, la psychose périodique chez l'enfant à forme d'excitation ou de dépression a été déjà étudiée et nous considérons les symptômes de la psychose comme bien connus. Elle est bien connue aussi dans son hérédité, car il n'en est point qui démontre davantage la fréquence de l'hérédité similaire et souvent aussi de l'hérédité précessive.

Par contre, nous faisons toutes réserves sur la pathogénie hypophysaire ou infundibulo-tubérienne, hypothétique, de ces états périodiques chez l'enfant.

Quand nous parlons de psychose périodique chez l'enfant, il s'agit de sujets dont la puberté n'est pas encore acquise et non de sujets de 20 ans, comme dans l'une des observations de M. Baruk.

A partir de la puberté, la fréquence de ces états périodiques est si grande tant sous la forme maniaque que sous la forme mélancolique chez le garçon et chez la fille qu'elle nous paraît banale; elle est vraisemblablement le plus fréquent de tous les états psychopathiques.

Sur un cas de paralysie générale juvénile, par M. Pierre Loo.

Il s'agit d'une jeune malade qui fut d'abord traitée par le D^r Heuyer, auquel je dois la première partie de cette observation, et qui mourut il y a un mois à l'Asile de La Charité.

OBSERVATION (D^r HEUYER). — « L... Fernande est âgée de 17 ans 1/2. « Elle a plusieurs frères et sœurs bien portants. Son père est mort « pendant la guerre intoxiqué par des gaz asphyxiants. Sa mère est « morte il y a 2 ans à la suite d'une intervention chirurgicale.

« Nous n'avons aucun renseignement sur le premier développement de la malade et sur les affections qu'elle a pu contracter dans « l'enfance. Nous savons seulement qu'à l'âge de 13 ans, elle a eu la « syphilis. Sans doute la mère n'exerçait-elle sur la conduite de sa « fille qu'un contrôle lointain. Peut-être aussi l'enfant était-elle une « perverse, particulièrement habile à tromper la surveillance. Tou-

« jours est-il que très jeune elle se livra à la prostitution. La mère, « infirmière dans les Hôpitaux, fit, la première, le diagnostic de la « maladie dont sa fille était atteinte. Elle l'a fit traiter à Saint-Louis. « Le résultat de la réaction de Wassermann fut positif. La malade « se rappelle qu'on lui fit des injections intra-veineuses d'un liquide « jaune, qui était probablement du novarsénobenzol. Elle n'a malheu- « reusement pas conservé le souvenir du nombre d'injections ou de « séries d'injections reçues.

« Depuis cette époque sa vie fut assez mouvementée. Elle entra « d'abord dans une pension où elle apprit la couture. Ayant la rou- « geole, elle quitta la pension. Elle fit ultérieurement un séjour chez « une de ses tantes. S'entendant mal avec cette parente, elle se sauva « et alla chercher une place à Lille. Là elle fut arrêtée. Etant pupille « de la Nation, l'administration se chargea de la placer. Elle entre « alors dans une maison d'accouchement pour s'occuper des nour- « rissons. Au bout de peu de temps, elle demande à partir sous pré- « texte que les conversations qu'elle entendait dans ce milieu lui « déplaisaient. Elle fut confiée à un couvent mais, bientôt, elle « manifesta des troubles de caractère, de l'indocilité, de l'inertie. « Elle refusait de travailler parce qu'elle se sentait malade. D'après « une lettre de la Supérieure, elle aurait une fois essayé de se bles- « ser. C'est à la suite de cet incident qu'elle fut remise à une œuvre « de protection de l'enfance qui avait eu déjà l'occasion de s'occu- « per d'elle et qu'elle fut examinée à la consultation de neuro- « psychiatrie infantile de la Faculté de Médecine.

« Elle se présente avec une tenue correcte, un air apathique et « indifférent. Elle paraît un peu déprimée, larmoye sans raison, et « paraît-il parle peu. De temps en temps elle s'irrite, tient des propos « grossiers, et essaye de se sauver. Elle répond avec lenteur aux « questions qu'on lui pose. Elle est bien orientée. L'attention et la « mémoire semblent avoir subi une diminution assez nette. Lors- « qu'elle fait le récit de son existence, elle s'embrouille dans les « dates. Elle ne retient que peu de chose d'une petite histoire qu'on « lui fait lire. La lecture est d'ailleurs hésitante, distraite, peu « expressive. Son écriture est assez bonne, mais elle fait de nom- « breuses fautes d'orthographe. Elle calcule lentement et en commet- « tant des erreurs. Elle ne sait pas sa table de multiplication, bien « qu'elle ait fréquenté l'école, dit-elle, jusqu'à l'âge de 13 ans. Son « niveau mental est de 8-9 ans aux tests de Binet-Simon. Nous n'avons « relevé chez la malade que ce simple affaiblissement intellectuel « avec légers troubles de l'humeur et du caractère, sans idées « délirantes.

« Au point de vue physique, nous avons été frappés, dès le début « de l'examen, par le faciès atone. Ses pupilles sont en mydriase, « déformées et sans réaction à la lumière. On ne note ni tremblement « de la langue, ni tremblement des doigts. La dysarthrie apparaît

« seulement à certains mots d'épreuve. Les réflexes tendineux sont normaux.

« L'examen du liquide céphalo-rachidien a donné les résultats suivants : tension 41 au manomètre de Claude ; albumine 0,50 ; globuline : réaction de Pandy positive, réaction de Weichbrodt positive. 9 leucocytes à la cellule de Nageotte. Réaction de Bordet-Wassermann positive. Benjoin colloïdal : 22222.2222.22000. Réaction à l'élixir parégorique 12-2. Réaction de Meinicke positive. De plus, les réactions de Bordet-Wassermann et de Meinicke étaient positives dans le sang.

« En présence de ces signes, le diagnostic de paralysie générale juvénile fut porté. Un certificat d'internement fut rédigé. Elle passa successivement à l'Asile Clinique, à l'Asile de Maison-Blanche, enfin à l'Asile de La Charité-sur-Loire. »

OBSERVATION (suite) (Asile de La Charité-sur-Loire). — « Le certificat d'admission signale qu'elle est bien orientée, calme, docile et attribue cette amélioration à un traitement par la malariathérapie, suivi d'une série de sulfarsénol. A cette époque les réflexes rotuliens sont exagérés.

« Nous l'avons observée depuis 1933, elle se montre toujours bien orientée, assez calme. Quelques idées de grandeur apparaissent : « Je connais admirablement la musique et le chant. » Les troubles du caractère sont fréquents et vont parfois jusqu'au refus d'aliénations. Animosité épisodique à l'égard des infirmières nous obligeant à de fréquents changements de pavillon.

« Le faciès est atone. Quelques achoppements syllabiques ; la dysarthrie s'accroît aux mots d'épreuve. Pupilles inégales, la droite est déformée et le réflexe photo-moteur est aboli des deux côtés. Quelques tremblements de la langue et des muscles péri-buccaux. Les réflexes rotuliens sont exagérés.

« *Liquide céphalo-rachidien* : albumine 0,45, 1 leucocyte au mm³, Vernes D. op 90. Benjoin colloïdal 12221.00020.00000.

« *Sang* : Vernes D. op 0. Hecht négatif. Meinicke négatif.

« Traitée au sulfarsénol et au stovarsol en injections.

« En somme une paralysie générale qui, après avoir marqué une légère amélioration après la malaria, progresse insidieusement malgré les traitements arsénicaux. L'indifférence, les troubles du caractère s'accroissent, « de petites idées de grandeur » apparaissent, la mémoire présente de nombreuses lacunes.

« En février 1935 un épisode nouveau intervient. L... éprouve des douleurs aux membres : « C'est comme si on me serrait les bras », dit-elle. « Aux jambes et aux pieds j'éprouve des brûlures. »

« Les réflexes des membres supérieurs sont faibles, ceux des membres inférieurs, rotuliens et achilléens sont abolis, la malade ne peut marcher seule, ni se tenir debout, elle réalise une paraplégie

« flasque... Naïodine, strychnine, cacodylate... L'état général s'améliore, mais sans récupération fonctionnelle des membres inférieurs.
« Le gâtisme persiste.

« L'état général est à nouveau altéré. La malade, après une longue période de marasme physique qui n'atténue pas les troubles du caractère, meurt de cachexie en février 1937. »

Considérations. — L'intérêt de cette observation nous semble se résumer en ces quelques points :

1° d'abord Paralyse Générale juvénile consécutive à une infection spécifique avérée, ce qui confirme l'hypothèse émise par divers auteurs, Crouzon, Mollaret, de Lépinay, Pichard, André, Lecomte, Dupouy, Royer, qui imputent à la contagion directe les paralysies générales juvéniles d'étiologie inconnue ;

2° éclosion de la Paralyse Générale malgré un traitement spécifique ;

3° évolution de la Paralyse Générale malgré divers traitements (pyréthérapie, sulfarsénol, stovarsol) ;

4° apparition rapide et définitive d'une paralysie flasque au cours d'une épidémie locale de névraxite (1).

La précocité et l'intensité avec lesquelles la syphilis a envahi le système nerveux, malgré les divers barrages thérapeutiques établis, les troubles graves et rapides provoqués par la névraxite, sembleraient indiquer un terrain particulièrement favorable au développement de diverses infections neurotropes.

BIBLIOGRAPHIE

1. BRISSOT (M.) et DEVALLET. — La paralysie générale juvénile de l'enfant (essai de classification). Forme évolutive et forme massive. *Soc. Méd.-Psych.*, 12 juillet 1934.
2. DEVALLET (D^r). — La paralysie générale de l'enfant. *Thèse*.
3. PICHARD (H.), ANDRÉ (Y.) et LECOMTE (M.). — Un cas de paralysie générale infantile parvenue au stade juvénile. *Soc. Méd.-Psych.*, 12 déc. 1935.
4. DUPOUY (Roger) et ROYER (Jean). — Un cas de paralysie générale juvénile. *Soc. Méd.-Psych.*, 12 nov. 1936.
5. GROTHJAHN (M.). — *Contribution à la clinique et à la psychologie de la paralysie générale juvénile*.
6. MARCHAND (L.), BRISSOT (M.) et DELOUC. — Evolution progressive d'une paralysie générale infantile malgré un traitement stovarsolique intense chez un hérédo-syphilitique traité dès la naissance. Considérations anatomo-pathologiques. *Soc. Méd.-Psych.*, 14 janv. 1937.

(1) Une épidémie locale de névraxite, par Louis LE GUILLANT et Pierre Loo. *Ann. Méd.-Psych.*, mars 1935.

Traitement par l'orthosiphon stamineus de certaines psychoses liées à l'insuffisance hépato-rénale, par MM. J. TRILLOT et P. RAUCOULES (d'Albi).

Le travaux de MM. F. Mercier, L.-J. Mercier, F. Decaux sur les propriétés pharmacodynamiques et thérapeutiques de l'orthosiphon stamineus nous ont incités à appliquer les propriétés de cette labiée dans le traitement des syndromes mentaux développés chez des malades présentant des troubles d'insuffisance hépato-rénale.

Nos recherches sont encore au début, mais nous nous permettons aujourd'hui de vous présenter les résultats heureux obtenus chez deux malades entrées, en décembre 1936, à l'Asile d'Albi, nous réservant de poursuivre systématiquement l'application de cette thérapeutique au traitement des syndromes confusionnels, maniaques, dépressifs, liés à l'insuffisance hépato-rénale, et des délires aigus.

Actuellement, trois de nos malades suivent ce traitement, et les résultats sont très encourageants.

Nous prescrivons l'orthosiphon de la manière suivante : 10 centimètres cubes d'une solution concentrée des constituants hydro-solubles purifiés de l'orthosiphon, titrée de telle manière que cette quantité de solution contienne exactement 1 gr. 50 de produits actifs correspondant à 6 grammes de feuilles sèches sont dilués dans 500 centimètres cubes d'eau.

On fait absorber la préparation ainsi obtenue, en 24 heures, à raison de 4 ou 5 prises, entre les repas.

Cette préparation est facilement absorbée par les malades, et, en cas de refus d'aliments, l'introduction par la sonde œsophagienne nous permet d'administrer le remède malgré l'opposition du malade.

Les observations que nous vous présentons sont incomplètes quant aux examens chimiques. Seuls le dosage de l'urée sanguine, la mesure du volume des urines émises en 24 heures ont été recherchés. Nous en étions à la période d'essai ; les prochaines observations que nous vous soumettrons comporteront des examens plus complets, en particulier : dosage de l'urée de l'urine, dosage des chlorures sanguins et urinaires, recherche de la Constante d'Ambard.

OBSERVATION I. — Mme S... Germaine, f^e R., 56 ans, entre à l'Asile, le 8 décembre 1936, pour troubles confusionnels ayant débuté en octobre 1936.

Certificat de 24 heures. — Confusion mentale avec désorientation complète sur la personne, dans le temps et l'espace. Ralentissement psychique. Pauvreté idéique. Propos incohérents. Dysmnésie d'évocation, amnésie de fixation. Fabulation. Illusions de fausses reconnaissances.

Hallucinations visuelles, crépusculaires et nocturnes.

Fugues avant l'admission.

Etat général toxi-infectieux : température 38°5. Langue saburrale. Constipation. Haleine fétide. Urée sanguine 2 gr. 10 par litre. Albuminurie 0 gr. 14 par litre. Oligurie. Urines foncées.

Amaigrissement. Teint terreux. Dénutrition marquée.

Foie débordant le rebord costal de deux travers de doigt.

Dans les jours qui suivent, la malade présente des crises d'excitation psycho-motrice incohérente. Elle refuse de s'alimenter.

Elle n'urine pas ni le 9 ni le 10 décembre ; le 11 décembre elle émet 700 grammes d'urines.

Nous commençons le traitement le 11 décembre. La malade prend l'extrait d'orthosiphon chaque jour.

Le 12 décembre 900 grammes d'urines.

Le 14 décembre 1.250 grammes d'urines.

Le 15 décembre 1.250 grammes d'urines.

Le 17 décembre 1.500 grammes d'urines.

Dans les jours suivants la quantité d'urines varie entre 1.000 à 1.300 grammes.

Le 16 décembre, l'urée sanguine est de 1 gr. 40.

Le 21 décembre, l'urée sanguine est de 0 gr. 60.

En outre de l'orthosiphon, la malade a reçu chaque jour 250 grammes de sérum glucosé, et 250 grammes de sérum physiologique.

Au point de vue mental, dès le 17 décembre on notait une amélioration très sensible ; Mme S... Germaine était plus calme, moins confuse.

Le 20 décembre, elle reçoit la visite de sa famille ; cette visite lui fait plaisir ; sa lucidité se manifeste d'une façon plus nette, mais inconstante.

Disparition de l'onirisme.

Malheureusement, la malade présente une congestion pulmonaire droite et la température qui était revenue à la normale se met à remonter.

Le 27 décembre, la malade est guérie de ses troubles mentaux, sa lucidité est entière ; mais au moment où l'on pouvait espérer en la sortie prochaine, apparaît un deuxième foyer de congestion pulmonaire qui emporte notre malade le 30 décembre 1936.

OBSERVATION II. — Mlle H... Marie-Louise, 60 ans, entre à l'Asile d'Albi, le 29 décembre 1936, pour troubles mentaux caractérisés par : « Surexcitation cérébrale avec idées délirantes, hallucinations,

menaces et voies de fait sur son entourage. Hérédité très chargée. » (Certificat du Dr Bonneville, de Mazamet, daté du 28 décembre 1936).

Le certificat de 24 heures signale : « Est atteinte de troubles mentaux. Etat d'excitation avec agitation, cris, tapages, propos incohérents, maniérisme, opposition, refus d'aliments ; maigreur, aspect fatigué, langue saburrale. Haleine fétide. Tension artérielle 17-9. Teint subictérique.

Un dosage d'urée sanguine donne comme résultat 1 gr. 10 par litre.

La malade est très agitée, gesticule, parle sans cesse, tenant des propos incohérents, sans suite, répétant le même mot des heures entières. Elle ne répond à aucune de nos questions. Elle est parfois très effrayée et crie : « Vous voulez me tuer... Taisez-vous. Je, je, je ne sais pas », répondant à des hallucinations auditives vraisemblables.

Parfois, elle est confuse, désorientée.

Le 9 janvier 1937, nous commençons à donner l'orthosiphon à cette malade qui n'a reçu, comme traitement, que du sérum glucosé et du sérum physiologique, ainsi que l'alimentation artificielle bi-quotidienne.

Les urines augmentent en quantité ; le 11 janvier, elle émet 1.200 grammes d'urines.

Le 13 janvier, l'urée sanguine s'élève encore à 0 gr. 90 par litre.

La température qui, durant la première semaine, s'était élevée jusqu'à 39°2, atteint 37°6-37°8.

Peu à peu l'état général s'améliore, l'excitation psycho-motrice se calme ; la lucidité est plus marquée.

Fin janvier, l'urée sanguine n'est plus que de 0 gr. 55 par litre ; les urines sont claires, 1.200 grammes par 24 heures.

Le 12 février, Mlle H... sort complètement guérie ; nous avons reçu à diverses reprises de ses nouvelles et nous avons pu constater que la guérison se maintenait constante.

Certes, chez ces deux malades, le traitement par l'orthosiphon n'a pas été la seule thérapeutique, l'état de dénutrition marquée nous a commandé de faire des injections de sérum physiologique et de sérum glucosé.

On peut nous objecter que ces injections ont pu contribuer à faciliter la diurèse et l'élimination de l'urée, il n'en est pas moins vrai que dans le cas de Mlle H., la malade avait reçu, pendant les 10 premiers jours de son internement, 500 gr. de sérum physiologique et 500 gr. de sérum glucosé par jour, sans que l'état mental se soit amélioré et sans que la quantité d'urine émise par jour dépasse 700 grammes.

Ainsi que l'ont constaté MM. F. Mercier, L.-J. Mercier et

Decaux, l'orthosiphon se comporte comme un diurétique, stimulant les fonctions rénales.

Chez nos deux malades, il nous a donné des résultats analogues à ceux que l'on obtient avec le glucoside de la Scille, dont l'action irritante sur l'épithélium rénal a été objectée parfois (peut-être à tort).

BIBLIOGRAPHIE

- F. MERCIER, L.-J. MERCIER, F. DECAUX. — Essais pharmacodynamiques et cliniques sur les effets diurétiques de l'orthosiphon stamineus. *Bull. de la Soc. de Thérap.*, n° 1, janvier 1936, p. 24.
- F. MERCIER et L.-J. MERCIER. — L'orthosiphon stamineus, médicament hépatorenal, stimulant de la dépuration urinaire. *Bull. Méd.*, 1^{er} août 1936, n° 31.
- H. LECLERC et F. DECAUX. — Nouvelle contribution à l'étude des propriétés thérapeutiques de l'orthosiphon stamineus. *Journ. des Prat.*, n° 15, avril 1936, p. 762.
- F. DECAUX. — L'orthosiphon stamineus. *Presse Méd.*, 22 mai 1936.
- L'orthosiphon stamineus en pathologie urinaire. *Le Courrier Médical*, 10 novembre 1935.

La Paralyse Générale à l'Admission de l'Asile Clinique (Statistique sur 4 mois). Fréquence des formes anormales, par M. Jacques DELMOND.

Du 15 novembre 1936 au 15 mars 1937, l'Admission de l'Asile Clinique (Division des Hommes) (1) a reçu 120 malades présentant le syndrome paralytique, sur un total de 793 hommes internés dans les Hôpitaux psychiatriques de la Seine. En outre, pour 20 autres malades, le diagnostic de méningo-encéphalite syphilitique s'est posé de façon instante, en présence de symptômes cliniques ressortissant au tableau courant de la Paralyse Générale et d'une spécificité antérieure, établie dans la plupart de ces cas ; dans ces 20 cas, malgré d'imposantes présomptions, le diagnostic étiologique est demeuré le plus souvent hésitant, en raison de l'atypicité du tableau clinique, d'une part, d'autre part de l'absence de réactions positives dans le liquide céphalo-rachidien ou même dans le sang. Et cependant, 11 d'entre ces malades sont des syphilitiques d'ancienne date, les uns ayant été traités, d'autres point ou mal, et deux encore ont une histoire très suspecte à ce point de vue.

(1) Médecins-Chefs : M. le Dr GENIL-PERRIN, auquel a succédé M. le Dr Paul COURBON.

Nos 140 observations se divisent ainsi :

1^{er} groupe : Paralyse Générale confirmée à tous points de vue : 108.

2^e groupe : Paralyse Générale clinique sans confirmation humérale : 12, dont 9 formes à liquide céphalo-rachidien « normal », et 3 autres sans examen du liquide.

3^e groupe : Suspects de Paralyse Générale au point de vue clinique : 17 (dont 11 syphilitiques avérés, 2 probables).

4^e groupe : Formes non élucidées : 3, comprenant : a) une forme mixte, alcoolo-syphilitique chez un anormal constitutionnel ; b) une forme semblant s'apparenter à la sclérose en plaques ; c) un malade décédé sans examens possibles.

Les groupes 2 et 3, comprenant en tout 29 malades sur 140 observations, posent des problèmes cliniques très importants, qui n'ont pas manqué d'être relevés depuis longtemps par de nombreux auteurs (1), et qui ont donné lieu encore récemment à une très intéressante discussion devant cette Société (2). Notre intention est simplement d'apporter une contribution statistique à l'étude de ces problèmes.

1^{er} GROUPE (108 CAS). DIVISION SELON LES GROUPES CLINIQUES

Bien qu'une telle division soit toujours plus ou moins artificielle, en raison de l'interpénétration des formes cliniques observées et de la variabilité de ces tableaux au cours de l'évolution, elle conserve cependant un intérêt pratique.

Tout d'abord, il convient d'insister sur le nombre relativement faible des *formes expansives mégalomaniaques*, encore considérées comme la Paralyse Générale « classique » par les praticiens. D'autre part, notre liste comporte un certain nombre de malades ayant été traités par l'impaludation et dont la forme clinique est intéressante à étudier.

Nos 108 cas se groupent dans les rubriques suivantes :

Formes démentielles : 48, lesquelles comprennent : formes d'affaiblissement simple : 10 ; formes d'affaiblissement prononcé : 19 ; démence euphorique : 19.

(1) Au point de vue spécial des formules atypiques dans le liquide céphalo-rachidien, un long exposé de ces questions est fait dans le travail de MM. DUPOUY et DUBLINÉAU. *Ann. Méd.-Psych.*, 88, 320-364, 1930.

(2) DUJARDIN et VERMEYLEN. — Cas de paralytiques généraux à sérologie normale (Société médico-psychologique, séance du 22 février 1937). *Ann. Méd.-Psych.*, 95, 1, 253-260, 1937.

Formes expansives : 24, englobant : formes expansives mégalomaniaques : 17 ; formes hypomaniaques : 2 ; formes avec agitation : 5.

Formes confusionnelles : 6 (états confusionnels : 5 ; Paralyse Générale aiguë ou « galopante » : 1).

Formes dépressives : 6 (formes simples : 4 ; marasme terminal : 2).

Formes délirantes : 8.

Formes avec signes de localisation : 14, comprenant : formes de Lissauer (hémiplégie, myélite) : 2 ; taboparalyse : 12.

Paralysies Générales juvéniles : 2 (dont une Paralyse Générale infantile).

Selon l'âge des malades, ces formes se répartissent ainsi :

Paralyse Générale infantile : 1 cas (obs. XXIX, âgé de 13 ans, évolution ancienne).

Paralyse Générale juvénile : 1 cas (obs. XXIV, âgé de 21 ans, contamination à 14 ans, premier internement à 18 ans pour une forme expansive).

Paralysies Générales précoces : 2 cas (obs. LXXVIII, chez un noir de 30 ans, dément euphorique, et obs. CXXXIII, accidents aphasiques dès 1933).

Paralyse Générale de l'adulte : a) de 30 à 40 ans : 33 cas ; b) de 40 à 50 ans : 37 cas ; c) de 50 à 60 ans : 26 cas.

Paralysies Générales séniles : 7 cas.

Paralyse Générale du grand âge : 1 cas (obs. CXXXVII, malade de 74 ans, affaiblissement profond dans tous les domaines avec errance, fugues démentielles. Peu de signes certains, sauf paresse irienne. Formule humorale au grand complet).

LES TRAITEMENTS ANTÉRIEURS n'ont pas été établis avec une suffisante certitude, en ce qui concerne 71 observations : un grand nombre de ces sujets avaient méconnu leur syphilis ou s'étaient contentés de trois ou quatre injections intra-veineuses à l'époque du chancre :

Les formes suivant traitement se répartissent ainsi : *Très peu ou non traités* : 69. *Avaient subi des traitements irréguliers* : 2 malades ; — *des traitements réguliers par les divers antisypilitiques* : 7 (deux de ces malades (cas XLVII et LXXXV) étaient soignés sans interruption depuis l'époque du chancre, l'un depuis 6 ans, l'autre depuis 20 ans).

Traitements par le stovarsol (à doses variables) : 6 (deux de ces malades (cas XIX et LXVII), traités à doses élevées, étaient sortis guéris de l'Asile, mais avaient cessé tout traitement : ils revin-

rent à l'Asile, le premier deux ans après, le second trois ans après).

Traitements par l'impaludation déjà anciens et suivis de chimiothérapie : 13 cas, qui se répartissent en : formes d'affaiblissement démentiel profond : 7 ; formes avec mégalomanie délirante : 2 ; formes agitées : 1 ; formes délirantes paranoïdes : 3.

Le Bordet-Wassermann et le Meinicke dans le liquide céphalo-rachidien ont été négatifs dans trois cas, qui ne présentent aucune difficulté de diagnostic au point de vue clinique, sauf une Paralyse Générale juvénile.

Traitements par l'impaludation récente, n'ayant pas sensiblement modifié le cours de la maladie : 9 cas.

Enfin dans 2 cas (obs. CVI, forme avec hémiplégie ; obs. LVI, forme confusionnelle), s'accompagnant d'un mauvais état général, il était possible d'incriminer, dans la détermination de la forme clinique, un traitement inadéquat et trop intensif (4 injections par semaine dans le premier cas, une injection par jour dans le second cas), institué un mois avant l'internement.

2^e GROUPE

Il se compose de 12 malades présentant au seul point de vue clinique le syndrome paralytique. Pour 9 d'entre eux, les réactions humorales sont négatives dans le liquide céphalo-rachidien : dans 4 cas il s'agit de syphilitiques traités depuis longtemps, dans les 5 autres cas cette constatation laisse subsister le mystère étiologique. Pour les 3 malades restants, 2 d'entre eux ont des réactions positives ou douteuses dans le sang, mais la ponction lombaire n'a pas été pratiquée. Voici un court résumé des cas où le liquide céphalo-rachidien fut examiné :

1) OBSERVATION CXXXV (P. W., 63 ans) : syphilis ancienne. Affaiblissement démentiel, désorientation, dysmnésie, incapacité sociale progressive. Idées de suicide. Ictus épileptiformes depuis 3 ans. Argyll à droite, déformation pupillaire. Anisocorie OD +. Inégalité réflexe. Dysarthrie. Tremblement digital et lingual. *Liquide céphalo-rachidien* : albumine 0,55 ; leuco 1,2. Benjoin de type normal. Parégorique : 11-1. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

2) OBSERVATION XXIII (J. C., 65 ans) : iritis il y a 10 ans. Affaiblissement démentiel avec troubles de la mémoire, variabilité de l'humeur, tantôt expansive, tantôt dépressive, mais toujours niaiserie apathétique. Anisocorie, pupille gauche rigide. Abolition des réflexes achilléens. *Liquide céphalo-rachidien* : albumine : 0,50 ; (Pandy \pm , Weichbrodt 0). Benjoin de type paranormal (un 1 vers la droite). Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

3) OBSERVATION V (H. B., 55 ans) : il s'agit évidemment d'une forme avec localisation (paraplégie par myélite), chez un ancien spécifique, présentant un état démentiel profond, avec désorientation, absurdités. On note des céphalées, l'anisocorie et la rigidité pupillaire. Le *liquide céphalo-rachidien* contient : albumine : 0,60 ; lymphos, 0,4. Le benjoin montre une extension dans la zone méningée, le Targowla est positif, le Meinicke douteux, le Bordet-Wassermann négatif. Les réflexes très vifs avec Babinski et Rossolimo bilatéraux.

4) OBSERVATION XCI (R. M., 35 ans) : forme d'affaiblissement surtout mnésique avec désorientation, approbativité, indifférence et incompréhension des situations.

Mydriase, anisocorie, pupilles déformées, rigides à la lumière. Aréflexie tendineuse, perte des sensibilités profondes, dysarthrie considérable (cet état ne s'est pas modifié après plusieurs semaines d'observation).

Sang : Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn négatifs.

Liquide céphalo-rachidien : albumine, 0,30 ; leuco, 0. Benjoin de type normal. Parégorique : 0-0. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

5) OBSERVATION CII (J. P., 45 ans) : syphilis il y a dix ans, ayant été traité encore récemment par chimiothérapie. Forme délirante avec syndrome hallucinatoire, voix intérieures le traitant de « pourri » ; désordre de la conduite, confession publique de sa syphilis. Expansivité euphorique alternant avec agitation anxieuse. Désorientation et obnubilation. Céphalées très fortes, « fluides » dans son cerveau. Pupilles déformées, paresseuses. Dysarthrie légère aux mots d'épreuve. La ponction lombaire montre un liquide entièrement normal.

6) OBSERVATION CXVII (E. S., 37 ans) : affaiblissement global avec dysmnésie, désorientation, interprétation délirante, réactions menaçantes. Dysarthrie considérable, paresse irienne, diminution des réflexes achilléens, incoordination motrice, tremblement digital et lingual.

Liquide céphalo-rachidien : albumine, 0,20. Lymphocytes : 0,2. Bordet-Wassermann négatif, Meinicke négatif, Targowla et Takata-Ara négatifs. Benjoin de type normal (réactions pratiquées à l'Asile de Vaucluse par le Dr Henri Royer qui a eu l'amabilité de nous les communiquer).

7) OBSERVATION XVII (A. E. C., 38 ans) : affaiblissement global avec euphorie naïve et apathétique, vagues idées de persécution, troubles démentiels du comportement. Dysarthrie marquée, tremblement péri-buccal, pupilles réagissant faiblement à la lumière. Les réactions humérales sont entièrement négatives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, la cytologie et l'albuminorachie normales.

8) OBSERVATION XL (A. H., 30 ans) : syphilis ancienne, Bordet-Wassermann positif dans le sang après plusieurs années de négativité. Etat dépressif atypique avec apathétisme, atonie du facies. Idées et tentatives de suicide par pendaison. Dysarthrie et signe d'Argyll-Robertson. Le liquide céphalo-rachidien était entièrement normal à l'Hôpital Bichat. Ce malade mourut quelques jours après son admission. L'autopsie ne put être pratiquée.

9) OBSERVATION CXIII (G. Sch., 54 ans) : affaiblissement global avec morosité, obnubilation. Troubles (anciens) de l'humeur et du caractère. Ancien traumatisé, diabétique avec 84 gr. de glucose par litre dans ses urines, il manifesta d'abord des idées répétées de suicide, puis se livra à des violences. Depuis 1929 (examens de l'Hôpital Henri-Rousselle) on a constaté des troubles pupillaires (miosis, déformation, faiblesse extrême des réactions lumineuses) et depuis 1935 la diminution des réflexes rotuliens. Ceux-ci actuellement sont abolis, les pupilles en miosis rigide, la dysarthrie est très marquée aux mots d'épreuve. Sérologie entièrement négative.

A part cette dernière observation, où l'on se trouve peut-être en présence d'une forme assez rare de « *Pseudo-Paralysie Générale diabétique* », l'étiologie de ces syndromes paralytiques reste indéterminée dans 4 cas où l'on ne peut faire la preuve d'une spécificité antérieure. Cette proportion de 4 cas sur 120 observations, soit 3 0/0, est plus élevée que celle habituellement signalée par les auteurs.

Il est pourtant probable que des examens plus complets, si nous avions eu le loisir de les pratiquer sur nos malades de l'Admission, nous eussent révélé un pourcentage encore plus fort de formes anormales de la Paralysie Générale, particulièrement dans l'étude des 3 derniers malades du groupe 2 et dans notre groupe 3, fait de tableaux mentaux atypiques avec des indications très fortes d'une origine syphilitique pour la plupart d'entre eux.

L'évolution ultérieure de ces malades montrera sans doute s'il s'agissait de cas psychopathiques présentant des caractères particuliers du fait d'une syphilis jouant sa part dans l'étiologie, ou bien de ces formes de Paralysie Générale latente (1), de ces processus mal éteints de méningo-encéphalite, à réactivations toujours possibles sous l'influence d'une cause toxi-infectieuse quelconque et dont MM. Dujardin et Vermeylen ont entretenu récemment la Société Médico-psychologique.

(1) Cf. à ce sujet l'observation de MM. MARCHAND, MICOUD et TUSQUES : Réactions humorales négatives, autopsie confirmant la Paralysie Générale. (*Ann. Méd.-Psych.*, 92, II, 252, 1934).

Virtuosités autodidactiques et hyperalgésie aux contacts sociaux, par MM. P. COURBON et J. DELMOND.

L'autodidactisme du sujet que nous allons présenter a été absolu. C'est un simple ouvrier mécanicien de 32 ans, qui n'est allé à l'école que jusqu'à 11 ans, qui n'a d'autre diplôme que son certificat d'études primaires, qui n'a eu ni maître, ni émule, ni conseiller, ni confident, qui n'a suivi aucun cours, dont la famille modeste n'avait aucune relation dans le monde savant ou artiste, et qui néanmoins a acquis tout seul, uniquement par les livres, le phonographe et la radiophonie, une culture générale aussi vaste que celle de l'élite la plus raffinée, de la jeunesse universitaire la plus studieuse et la plus riche.

Cette culture surprenante, il la doit à la coexistence d'une intelligence vive et d'une hyperémotivité qui, depuis sa plus tendre enfance, lui a rendu douloureux les contacts sociaux.

Atteint de bégaiement le premier jour de son entrée à l'école, intimidé et rougissant toute sa vie lorsqu'il avait à paraître en public, il a constamment recherché la solitude et s'est livré passionnément à l'étude. Excellent écolier, toujours le premier de la classe, excellent apprenti et excellent ouvrier, sa vie à l'atelier a été celle d'un employé ponctuel et consciencieux, bon camarade, mais un peu distant. Sa vie dans sa famille entre de braves gens, ouvriers modestes, sobres et très ordonnés, mais totalement dépourvus de prétentions intellectuelles, fut celle d'un bénédictin. Il est resté vierge et abstinent d'alcool, donnant la totalité de sa paye, qui les derniers temps s'élevait à 300 francs par semaine, à sa mère. Celle-ci lui rendait ce qu'il désirait, environ 150 francs par mois, consacrés à l'achat de livres, de disques, de crayons et de papiers à dessin. Il ne quittait sa chambrette que pour prendre avec son père, sa mère et sa sœur les repas qu'il trouvait toujours assez bons et trop longs, préférant en ces derniers temps lire que causer entre les plats.

Il déclinait les invitations, fuyait les visiteurs avec une obstination polie. Et quand ses parents insistaient, il consentait à les accompagner pour les promenades du dimanche ou pour les vacances à la campagne en été, mais toujours avec des livres sous le bras. Jamais il n'allait visiter personne. Par hygiène, chaque soir, en rentrant de l'atelier, il prenait un tube et faisait 20 minutes de gymnastique suédoise.

En vivant de la sorte, il s'est monté une bibliothèque magnifi-

que de plus de 1.500 volumes et a acquis les connaissances suivantes :

Au point de vue scientifique, il ne connaît des mathématiques, chimie, physique, astronomie que le contenu des ouvrages de vulgarisation de l'éditeur Flammarion. Il est le premier à dire que c'est là une très grosse lacune. En histoire et en géographie il sait les grandes périodes de l'histoire universelle et la géographie des parties du monde. Il a peint, sur le mur de sa chambre, un atlas général de plusieurs mètres carrés. Il possède l'Histoire Universelle et l'Atlas de Vidal-Lablache, le Dictionnaire Encyclopédique de Quillet, en 7 volumes.

Au point de vue littéraire, il connaît, dans leurs grandes lignes, les littératures grecque, latine, espagnole, allemande et latine, avec la traduction française des principaux chefs-d'œuvre. Il connaît très bien la littérature française, possédant la collection de tous les classiques depuis le XVI^e au XX^e siècle. Il n'est jamais allé au théâtre, mais est capable de décrire avec exactitude les pièces de tous les répertoires. Il possède très peu de romans. Jamais il n'a tenté d'écrire, ni de rimer. Il s'est toujours contenté d'apprendre et de juger impersonnellement. Voici la lettre qu'il vient d'écrire de l'asile, dans un style dont l'élégance recherchée est très représentative du niveau élevé de culture qu'il a atteint :

« Mes chers Parents, encore que je vous croie volontiers lorsqu'il vous m'affirmez ne vous être jamais occupés de mes affaires, il ne conviendrait pas d'exagérer cette attitude jusqu'à la maintenir à l'heure présente, d'autant plus que vous ne l'avez pas observée dans toute sa rigueur puisque je suis ici.

« Je vous en prie, donnez-moi un signe de vie, je ne sais comment interpréter votre silence et me demande ce que j'ai pu faire pour encourir telle disgrâce, pensez-vous que le lieu où je me trouve soit un séjour enchanteur et que je me trouve tellement surchargé d'occupations agréables qu'il ne me reste plus de temps pour lire une lettre. J'aime à penser qu'il vous est encore doux d'avoir un fils et que mon souvenir ne vous est pas devenu inopportun. Pour ce qui est de moi, si cela vous intéresse, je n'ai rien de particulier à signaler, sinon que je m'ennuie. Je vous demanderai de m'envoyer le « Monde », de Schopenhauer, tome I, et aussi « Don Quichote », de Cervantès, car il convient de savourer les chefs-d'œuvre en un lieu semblable à celui où ils furent écrits. Ajoutez une boîte de boules « Quies », car elles me sont indispensables pour lire

« parmi les bruits charmants qui m'entourent et qui me font
« penser au chœur des « Grenouilles » d'Aristophane. De tout
« cœur avec vous et malgré tout.

« ROBERT ».

Au point de vue philosophique, il aime surtout Socrate, Platon, Aristote, les stoïciens, Kant, Nietzsche, Schopenhauer, Spinoza, Descartes, Pascal, Bossuet, Voltaire, Rousseau, Taine, Renan, Anatole France. Il possède nombre d'œuvres de ces auteurs ainsi que la première édition du *Traité de Psychologie*, de Georges Dumas, tous les volumes parus jusque-là de la seconde, et maints volumes de la bibliothèque de philosophie contemporaine des éditeurs Alcan et Flammarion. Il est capable de disserter avec sagesse sur ces diverses matières et de raconter maintes anecdotes sur elles et sur la vie de ces auteurs. Mais il n'affirme aucune opinion personnelle. De même il n'a aucune conviction religieuse, s'étant peu occupé de religion, ses parents étant eux-mêmes des incroyants ou plus exactement des indifférents. En politique il a les mêmes connaissances des doctrines, mais n'en professe aucune. Il a les œuvres de Proudhon, Bakounine, Marx, Rousseau, auquel il préfère infiniment Voltaire, et de maints autres.

Au point de vue des sciences naturelles, il connaît les éléments de botanique et de zoologie, mais il a de très vastes connaissances en biologie. Il connaît dans ses grandes lignes l'anatomie et la physiologie humaines, et a beaucoup lu et beaucoup retenu en psychiatrie. Il possède l'*Anatomie* de Rouvière, tous les volumes actuellement parus du gros *Traité de Physiologie* de Binet, nombre de volumes du *Traité médical* de Sergent, plusieurs volumes de Freud. Il est capable de schématiser intelligemment les principales fonctions, le trajet et la physiologie des nerfs crâniens, la forme, l'origine et le rôle du système autonome, la pathogénie de maints troubles psychonévrosiques. « J'en suis arrivé là, dit-il, tout d'abord parce que le goût de dessiner me conduisit à l'anatomie qui me conduisit à la physiologie, qui me conduisit à la pathologie. J'ai voulu plus tard comprendre les raisons des troubles angoissants que j'éprouve ». Mais il n'a aucune doctrine particulière, n'a jamais affiché de compétence médicale, n'a jamais essayé de se soigner tout seul. « Je pêche par la base, ignorant trop les mathématiques, la chimie et la physique pour être fort en physiologie », avoue-t-il spontanément.

Au point de vue médical il connaît les œuvres principales de

tous les musiciens, dégage les caractères essentiels des diverses écoles, classiques, romantiques, italienne, espagnole, allemande, russe, française. Il adore Bach, Mozart, Beethoven, Wagner, Berlioz, de Falla, Ravel, Rimski Korsakoff. Il est capable de fredonner les *leitmotive*, et les mesures de tous les passages célèbres, de raconter la naissance et la fortune de chaque œuvre, la vie publique et privée de chaque musicien. Or il connaît à peine les rudiments du solfège, il n'a jamais mis les pieds dans un concert, il n'est allé que deux fois dans son adolescence à l'Opéra, conduit par son père. Mais il guettait à la T.S.F. toutes les auditions annoncées, il possède une discothèque de plus de cent unités, ainsi que des monographies sur tous les musiciens du monde. Et dans la conversation sa mémoire ne le trahit jamais.

Au point de vue plastique, il connaît fort bien les diverses écoles d'architecture, de sculpture et de peinture, des civilisations anciennes et modernes, car il possède aussi l'Histoire de l'Art de Deshairs et maintes monographies illustrées sur des artistes et sur des œuvres de tous les temps et de tous les pays. Seul il a fréquenté le Louvre de fond en comble sans cependant y dessiner. De même il est allé toujours tout seul au Luxembourg, et à divers salons, mais sans grand enthousiasme, car il a plus de confiance au génie des anciens qu'à celui des modernes. « Mon goût est surtout archéologique, et je ne m'intéresse guère aux contemporains », dit-il.

L'art plastique est cependant la seule matière où ses connaissances théoriques soient doublées d'une technique. Capable de dessiner dès sa tendre enfance, il n'a jamais cessé de le faire depuis, mais en se servant uniquement du pastel, sous prétexte que la matière première en est la moins dispendieuse. Ses pastels ne sont que les reproductions très agrandies des photographies de tableaux ou d'êtres humains pris dans les livres, les revues, les journaux ou sur les cartes postales. Ses agrandissements ont, comme vous les voyez sur les cartons que nous avons apportés, les dimensions nécessaires pour orner les murs d'une chambre, atteignant en moyenne 1 mètre sur 2. Les sujets sont les plus divers, scènes religieuses, ou de genre, mais toujours avec des personnages. Les nudités féminines n'y sont pas en majorité ; mais elles sont beaucoup plus soignées que les autres. Aucun de ces centaines de pastels n'a jamais été fixé, parce qu'il ne s'est jamais attaché à la possession d'aucun. Ils ont été donnés par les parents, ou entassés par eux.

Les plus beaux ont pendant quelque temps, cloués par des

punaises, orné la chambrette du malade, puis ils ont été remplacés sans raison par de nouveaux, sans jamais y reparaître. « Je ne suis pas un artiste, je n'ai pas la prétention de faire œuvre immortelle. Ce que je fais n'a pas de valeur », explique-t-il.

Cette technique, on peut en constater les progrès au cours des années. Le dessin des œuvres ici amenées, une danseuse, une femme nue, une odalisque au repos et la *Pieta* de Ribera du Louvre est absolument parfait. Les couleurs sont d'un éclat harmonieux. La transparence de la tunique très bien rendue. Les mains et les doigts d'une finesse et d'une exactitude surprenantes. L'expression et la mimique très fortes. C'est sur le conseil de M. Marchand, dont on sait le talent pictural, que nous avons apporté ici ces pastels qu'il trouve vraiment beaux. Ils ont, en effet, l'exactitude des reproductions des chefs-d'œuvre vendus dans les musées de Florence par d'habiles artistes. Or jamais le pastelliste n'est entré dans une académie, n'a jamais eu de professeur, n'a même jamais demandé à personne un conseil.

Il menait ainsi dans sa famille la vie studieuse, confiante et chaste d'un moine copiste et enlumineur du Moyen Age, lorsqu'insensiblement, depuis plus d'un an, sa timidité se mit à faire place à de la méfiance et on a dû l'interner il y a quelques jours à cause d'un délire stupide : il croit que ses parents veulent l'obliger au mariage avec une jeune fille vaguement connue par lui dans l'exercice de sa profession. Il réglait périodiquement les machines à écrire d'une administration où elle est employée.

Il est né en 1906 à Paris d'une famille d'ouvriers. Son père est manutentionnaire depuis 20 ans dans le même magasin. Etant fiancé, il jouait de la flûte. Sa mère tient parfaitement bien son ménage. Une sœur plus jeune que lui de trois ans, est sténo-dactylographe. Nous avons visité le domicile paternel où tout est parfaitement propre et ordonné. Ils habitent-là depuis 30 ans. Sa chambre à lui donne sur une cour obscure, n'a que des rayons de bibliothèque, une T.S.F., un phonographe, et des pastels sur les murs. Tout respire le calme et la sagesse.

Un cousin germain paternel est agoraphobe, mais sans claustrophobie, gagne sa vie comme ouvrier néanmoins et est un excellent musicien. Une de leurs cousines germaines est internée depuis 18 ans pour délire de jalousie conjugale.

Il a toujours été timide, docile et studieux, tenant la tête de l'école primaire. Grande fut son émotion, à l'âge de 4 ans, lorsqu'on le mit à l'école maternelle. Il contracta alors un bégaiement qui ne disparut qu'à l'adolescence. Il a également depuis cette époque des tics de la face qui ont persisté.

Il était gentil, point turbulent, toujours très poli, très propre, mais peu sociable, préférant la promenade ou le repos auprès de sa mère à tous les jeux. C'était une fille manquée.

Toujours le premier à l'école, il ne s'attardait jamais dans les rues, regagnait prestement le logis pour étudier ou dessiner. Il fut brillamment reçu au certificat à 11 ans, et ne continua pas ses études à cause de la guerre, car l'enseignement était alors très irrégulier et il fallait que rapidement il gagnât sa vie.

Mis en apprentissage comme mécanicien, il ne fit que 3 places, et depuis 12 ans il est dans la même fabrique de machines à écrire. Il était bien avec ses camarades qui tous le respectaient, car ils admiraient son savoir et ses bonnes manières, mais aucun ne devint son ami. Son parrain, représentant de commerce sans grande instruction, mais aimant la lecture, lui procura ses premiers livres. Mais il ne le voyait que rarement.

Sa mère et sa sœur étaient très fières de lui. Par respect pour son travail et aussi pour que les commissions fussent bien exécutées elles ne le chargeaient d'aucune. C'était en effet toute une lutte à engager avec lui pour le décider à aller chez les fournisseurs. Il rougissait en entrant dans la boutique, il se sentait gauche, perdait le fil de ses pensées, oubliait la monnaie, oubliait la moitié des choses.

Son père tout en convenant de la supériorité intellectuelle du fils s'inquiétait de sa timidité qu'il appelait sauvagerie. Il s'efforçait de l'emmener avec lui chez des voisins ou des amis qui eux-mêmes admiraient beaucoup le jeune homme. Ils l'obligeaient à montrer ses dessins et ses livres. Le garçon se résignait, causait peu, disait que ces gens ne pouvaient pas le comprendre, qu'ils devaient le prendre pour un fou, que ces entrevues lui étaient très pénibles.

Alors le père lui proposait d'affronter des examens pour s'élever au-dessus de sa condition d'ouvrier. Mais l'autre refusait éperdument déclarant qu'il échouerait et que l'étude suffisait, sans les diplômes, au bonheur de celui qui l'aime.

A l'âge de 18 ans, une jeune voisine de son âge appartenant à une honnête famille d'ouvriers et elle-même très sage entra un peu dans sa familiarité. Les parents favorisaient le rapprochement. Il l'accueillit gentiment, causait longuement avec elle, lui montrait ses dessins. Il prétend que pendant les mois où ils se fréquentèrent, il se permit avec elle tous les badinages de la porte sexuelle. Mais il avoue n'avoir jamais eu envie de perdre sa chasteté. Son idylle cessa spontanément. La jeune fille est restée dans les meilleurs termes avec sa famille à lui ; mais elle a déclaré que vraiment, tout parfait qu'il fût, il ne ferait pas un bon mari. Il nie toute masturbation, déclare n'avoir pas trouvé grande volupté physique dans les caresses de celle qu'il considérait sa fiancée, ni dans les pollutions qu'il a parfois.

Exceptionnellement il allait au café avec les camarades d'atelier lors d'une fête officielle. Il était sobre et jamais il ne fumait.

A 21 ans, il partit au régiment, mais au bout de 3 mois, il fut réformé pour faiblesse générale et otite. Cette otite n'a laissé aucune séquelle appréciable.

A son retour, il mena la même existence studieuse et toujours implacablement solitaire, refusant avec obstination d'entrer en relation avec les amis de sa sœur dont quelques-uns étaient des médecins. Pourtant ce dernier titre aurait dû leur conférer l'admissibilité qu'il refusait aux gens de condition ouvrière : « Ils ne me comprendraient pas. Ma sauvagerie n'est pas de la maladie, car je ne demande qu'à avoir des interlocuteurs capables de me comprendre. » En cachette cependant il allait consulter des psychiatres et se disait atteint de psychasthénie.

Il allait souvent au Musée du Louvre, racontait ce qu'il y avait vu. Son passe-temps consistait à copier, en les agrandissant, des cartes postales, ou des images de livres. Il les dessinait et les colorait au pastel. Il travaillait lentement. Et quand il avait fini donnait le dessin à qui le voulait. Il ne le fixait jamais trouvant que ça n'en valait pas la peine. Quelques-uns décorèrent sa chambre pendant quelques jours, puis furent jetés.

Il ne consentit que deux fois à aller à l'Opéra avec son père. Il alla assez souvent, mais seul au cinéma pour des films documentaires. Il refusa toujours d'aller au théâtre ou dans un concert disant qu'il avait l'air bête en public, qu'il y était mal à l'aise et que d'ailleurs avec son imagination, il se représentait l'action en lisant l'œuvre, mieux que les acteurs ne pouvaient la jouer. Et il couvrait de ridicule les machineries à illusions.

Il était à l'affût de la radiodiffusion des œuvres musicales qu'il aimait et passait des heures à entendre et réentendre les symphonies, sonates, opéras et opérettes enregistrés.

Ouvrier ponctuel, sérieux et adroit, ses chefs et ses camarades l'estimaient beaucoup, car il n'était pas fier avec eux, ne parlait jamais de sa science, n'affirmait aucune supériorité. On le jugeait timide et studieux.

Régulièrement, il allait, tous les mois, contrôler les machines d'une administration et entraînait en contact avec de jeunes dactylos, avec qui il plaisantait plus ou moins.

Or, ses parents se virent accuser par lui, il y a 3 ou 4 mois, de vouloir le marier malgré lui avec l'une d'elles. Depuis décembre il ne va plus à l'atelier et voici le certificat par lequel le D^r Dupouv a demandé son internement, le 27 février dernier :

« Psychose schizophrénique en évolution. Désaffectivité familiale progressive, avec idées de persécution « bienveillante » envers ses parents et sa sœur. On s'occupe de lui contre son gré, dans son intérêt, pour le marier, pour lui procurer une place. Méfiance constante. Hostilité croissante. Interprète la toux de son père : « il tousse en syllabes », c'est une sorte de langage. Tous, et même nous, lui

jouons la comédie. On le regarde dans la rue, par la fenêtre, on se moque de lui. Méconnaissance de son état pathologique. Refuse de se laisser examiner, fuit le médecin et quitte l'appartement, se sauve dans la rue. Irritabilité. Colères. Impulsivité. Bris d'objets mobiliers. Coups de poing sur la table. Sourires supérieurs et discordants. Clausturation. Apragmatisme sexuel. Tics. Menaces de mort à l'égard de celui qui le persécute. Idées de suicide. Tentative par le gardénal. Velléité par rasoir. »

A son arrivée dans notre service il était anxieux, reconnaissait dans les malades des camarades d'atelier venus ici pour le décider au mariage, se précipitait en pleurs pour fuir par la fenêtre, ne cessait de protester contre la protection à lui imposée par ses parents et les médecins. Le pouls était à 164. Les sédatifs l'ont calmé. Il converse et discute longuement et sensément avec nous. Il reconnaît l'absurdité de ses allégations concernant les rapports entre la présence de camarades grimés en malades ici et la réalisation de son mariage. Mais il ne sera convaincu de son erreur que si on le laisse rentrer chez lui et s'il ne sent plus la contrainte par laquelle il se sent poussé à épouser une dactylo, avec laquelle il n'a jamais échangé que de rares et banals propos, qui ne veut pas de lui, qui ne lui a jamais fait d'avance et à laquelle il n'a jamais rien promis.

Disons que physiquement il est de constitution peut-être légèrement frêle, avec un visage aux traits fins et intelligents, sans rien de féminin ou d'équivoque dans l'aspect.

A cette observation nous n'ajouterons que quelques commentaires sur l'autodidactisme, sur l'autisme et sur l'ensemble du syndrome :

1° Cet autodidactisme a pour objet la connaissance de l'homme et des productions de son intelligence. Cet objet est l'idéal même de l'esprit classique qui depuis la Grèce a inspiré toute la civilisation occidentale.

Les moyens autodidactiques ont été exclusivement les livres, la T.S.F. le phonographe. Aucune participation directe d'un être vivant quelconque à cet enseignement, ni maître, ni conseiller, ni modèle, ni émule, ni confident, ni élève. C'est un autodidactisme absolu.

Les résultats de l'autodidactisme ont été l'acquisition d'une culture générale extrêmement raffinée, la formation d'un honnête homme au sens du XVII^e siècle, avec les connaissances du XX^e. Mais cette vaste culture, cette grande érudition n'ont produit aucune personnalité. Cet honnête homme est aussi insignifiant que le plus inculte de ses contemporains. Socialement et professionnellement il est resté un bon ouvrier, ni meilleur ni

mieux payé que les autres bons ouvriers, qui ignorent tout autre chose que leur métier. Ce connaisseur de toutes les opinions en toutes matières n'en a aucune à lui. Ce qu'il sait et ce qu'il fait lui tient si peu à cœur qu'il n'a jamais appris à fixer ses magnifiques pastels et ne se soucie pas de leur destination. Cet artiste n'est qu'un copiste sans imagination.

Cet autodidactisme s'éloigne de celui des gens normaux, tout d'abord par l'exclusion de tous les procédés d'instruction collective, ensuite par l'absence de toute ambition du sujet. L'autodidacte bien équilibré suit des cours du soir, prend des modèles parmi les vivants, se fait des relations, est assidu aux réunions savantes, s'exerce à l'action publique, fait lui-même des conférences. Il est vaniteux de son savoir, méprisant pour les ignorants et surtout pour ceux à qui la fortune a permis de s'instruire sans gagner leur vie en même temps. Il croit à la valeur absolue de sa science. Notre malade n'a aucun de ces caractères. Il a conscience de ses lacunes et n'a rien du pédantisme primaire. Son autodidactisme non utilitaire est une fin et non un moyen.

Cet autodidactisme s'éloigne encore davantage de celui des psychopathes par l'harmonie des prétentions et des aptitudes du sujet. Il n'a cherché à apprendre que ce qu'il pouvait comprendre. Il a digéré tout ce qu'il sait. Il n'a pas de psittacisme. Le psychopathe, comme y ont insisté tous les auteurs dont le plus récent est Martimor, s'attaque aux problèmes les plus ardues, les plus abscons, aux spéculations les plus abstraites, au domaine du surnaturel, du mystérieux, du mystique, du subconscient, de la métaphysique, de la métapsychique, du transcendantal. Ou bien la matière choisie dépasse ses capacités.

2° L'autisme, ou plus exactement l'amour de la solitude de notre sujet, a deux fondements : l'un qui n'a rien de pathologique, le goût de l'étude, l'autre qui est franchement morbide, l'hyperalgésie aux contacts sociaux.

Lorsqu'il est enfermé dans sa chambre ou se promène seul dans le Louvre, notre malade n'est pas complètement isolé. Il a la compagnie des penseurs et des artistes, il vit dans l'intimité des grands esprits, aurait dit Paul Souday. En cela il est semblable aux meilleurs des hommes qui ayant le goût de l'étude recherchent le tête à tête avec la pensée d'autrui, si l'on nous permet cette expression prudhommesque.

Mais il se distingue des hommes normaux parce que le contact direct des humains lui est douloureux, parce que le commerce des vivants, le jeu des interrogations et des réponses, des conces-

sions et des contradictions, la moindre lutte sociale, lui sont impossibles.

Le terme d'autisme ne s'adapte donc pas d'une façon parfaite à l'état qui fut le sien jusqu'à maintenant, car le sujet ne vivait pas de sa propre rêvasserie, derrière une muraille isolante. C'est le cas de rappeler cette belle remarque de Minkowski (1) : « L'ermite qui a fui le monde, mais qui le soir, au seuil de sa hutte, admire le coucher du soleil ou le chant d'un oiseau, possède bien plus d'éléments de syntonie que l'individu qui, entouré de camarades, promène d'un lieu de plaisir dans un autre son ennui et son désœuvrement. » Notre héros ne s'est jamais ennuyé et a toujours travaillé intellectuellement et s'il n'admire pas la nature, il n'a jamais cessé d'admirer les créations humaines.

3° Quant à sa maladie, elle est assez facile à identifier. Il s'agit de l'apparition du sentiment de contrainte extérieure, dans les processus psychiques, de la transformation d'une timidité en méfiance, de la substitution de l'interprétation délirante à l'appréhension diffuse. En un mot c'est une maladie, la schizophrénie, qui menace de remplacer un déséquilibre mental, la schizoïdie.

Comme nous le disait M. Dupouy, qui a examiné le malade avant nous et qui aurait pu ajouter son nom aux nôtres dans le titre de cette présentation, si lui et nous ne trouvions pas ridicule la revendication de paternités multiples pour une naissance embryonnaire, comme l'est la rédaction d'une observation, il y a lieu de signaler les éléments sexuels du syndrome. Il faut rapprocher la virginité du sujet, sa frigidité habituelle, sa complaisance dans la reproduction de la nudité féminine et son thème délirant de mariage imposé. Il y a là un complexe d'infériorité dont nous n'avons pas trouvé l'antécédent dans un traumatisme sexuel du passé. Mais cette découverte n'aurait pas eu grande valeur, elle n'eût été que la mise en évidence d'une vulnérabilité constitutionnelle aux émotions. Ce que ce complexe prouve c'est l'importance diagnostic et pronostic du signe auquel Dupouy a proposé de donner le nom d'apragmatisme sexuel.

En terminant, nous insisterons sur le rôle énorme joué dans cet autodidactisme vraiment prodigieux par la radiophonie et la phonographie. Sans ces découvertes, jamais notre sujet n'aurait pu s'approcher de l'érudition qu'il a acquise. Sans elles, il eût, peut-être, vaincu sa timidité et se fût mêlé aux vivants.

(1) MINKOWSKI. — *La schizophrénie*, Payot, 1927.

L'électricité parlante est vraiment la moderne langue d'Esôpe qui fait le meilleur et le pire !

Le malade qui manifesta la plus grande répugnance à venir et qui tenta de s'évader au cours du trajet de l'asile au siège de la Société, est introduit, et pendant trois-quarts d'heure répond avec une correction sans défaillance, sur le ton le plus simple, aux nombreuses interrogations. A M. MARCHAND, il explique comment son usage professionnel du compas lui permet d'agrandir, sans peine, avec exactitude, les images qu'il a sous les yeux ; comment ce sont des cartes à teinte uniforme sépia qui lui ont servi de modèles ; comment sa seule œuvre personnelle est l'addition des couleurs ; comment il n'a jamais essayé de dessiner d'après un modèle vivant, et croit qu'il échouerait ; l'école espagnole lui plaît par son réalisme, qui devient brutal chez Ribera, gracieux chez Murillo et procède de l'italien Caravage dont il essaya vainement de contempler les œuvres l'an dernier à l'Exposition d'art italien, à Paris, tant il y avait foule. Sur commande il fredonne les motifs du cor anglais et du matelot de *Tristan et Yseult*, précisant que le premier ouvre le 3^e acte, que le second est au premier acte, que l'œuvre fut composée sur le lac de Zurich pendant la liaison platonique du compositeur avec la jeune Mathilde Wesendong. Il aime beaucoup *Parsifal*, pourrait en reconnaître les passages, mais ne peut pas les évoquer.

A M. VURPAS qui lui demande si le grand intérêt qu'il prend à tout ce que l'homme fait sur cette terre, ne s'étend pas à ce qui l'attend après la mort, il répond : non je ne puis rien affirmer sur l'au-delà, mais je crois que lorsqu'on est mort, l'existence individuelle est complètement finie.

A M. Pierre JANET, il répond que le facial, nerf de la 7^e paire, part du bulbe, passe par l'aqueduc de Fallope, est purement moteur, mais est accolé à la corde du tympan et est le nerf de la mimique ; que sympathique et pneumogastrique forment le système autonome de la vie végétative ; que c'est dans son livre des Névroses qu'il a reconnu être atteint de psychasthénie ; — qu'il peignait pour se faire un cadre harmonieux à regarder, d'où son choix des personnages et des femmes dans le tableau et son refus de toutes natures mortes qui n'ont rien de décoratif ; qu'il est absolument incapable de rien inventer.

A M. GUIRAUD qui essaye de lui faire convenir que le plaisir du cordonnier à faire un soulier est plus grand que celui du dilettante qui se cultive, il répond : les conditions de la production actuelle en série, faisant de l'ouvrier un automate, suppriment totalement l'intérêt qu'il peut avoir à son métier. Mais cette automatisation le libère et lui permet de développer toutes ses aptitudes, sans dommage pour son bien-être ; par ailleurs le rendement du travail en série est meilleur pour l'employeur et aussi pour l'usager. Donc tout n'est pas mauvais dans l'état actuel.

La conversation se termine sur ces réflexions : vous feriez un excellent ministre des loisirs, dit M. Guiraud. Vous pourriez être membre de notre Société, ajoute M. Pierre Janet.

M. VURPAS. — Le sujet vient de faire preuve d'un jugement si sain, d'une adaptation si parfaite à la situation, d'une telle sagesse, d'une telle mémoire, ses peintures sont tellement dépourvues de toute excentricité, que je comprends difficilement qu'on puisse employer à son égard le mot de schizophrénie qui signifie démence ou tout au moins dissociation psychique. Et mon opinion paraît partagée par la majorité des collègues présents.

M. CODET. — La remarquable observation présentée par MM. Courbon et Delmond me paraît fort intéressante, d'une part, pour l'extraordinaire documentation autodidactique du malade, mais, plus encore, par l'ensemble frappant, dans son homogénéité, de ses divers modes de comportement.

Je ne peux pas aborder ici le problème étiologique de cet ensemble, qu'il soit héréditaire constitutionnel ou formé par les circonstances de la vie, dans ses causes premières. Ce que je voudrais souligner, c'est l'unité de mécanisme, d'un point de vue seulement pathogénique, dans ses divers modes de réaction.

Un point me paraît dominant, c'est l'inacceptation de l'état adulte et de la virilité. Voici un garçon, qui a été habitué à ne se voir confier aucune démarche, aucune commission, même banale. Dès son enfance, il paraît avoir compensé un sentiment d'infériorité par des études scolaires extrêmement consciencieuses et, en même temps, par une tendance à éviter toute initiative sociale, fuyant les relations, les réunions en commun.

Il s'est appliqué à son travail professionnel d'une manière parfaitement satisfaisante et correcte, mais ne cherchant jamais à s'élever, à obtenir une réussite meilleure. Par contre, toute son activité disponible s'est tournée vers la lecture, la documentation, l'acquisition de notions nouvelles, l'érudition artistique.

Par ailleurs, son comportement sexuel est aussi important à rappeler : il est resté vierge ; s'il a eu quelques velléités d'amour, il a trouvé le moyen d'éluder tout projet de fiançailles. Finalement, les faits qui ont motivé l'internement représentent une protestation contre un projet de mariage, supposé à tort.

Il ne me paraît pas, tel qu'il est décrit et tel qu'il s'est présenté à nous, que ce malade soit un schizophrène. Il n'est pas dépourvu d'affectivité, car il reconnaît bien avoir éprouvé des sentiments d'intérêt pour des jeunes femmes ; on nous signale que, s'il

fuyait la société en général, il se plaisait en compagnie de quelques personnes, plus âgées, plus instruites que lui, avec qui il avait surtout à écouter, à recevoir, mais pas à faire œuvre personnelle.

Et c'est par là, à mon sens, que s'explique son comportement général : sentiment d'infériorité, renoncement à devenir un adulte, un homme. Son entourage le déclarait sage comme une petite fille. Il se refuse à toute activité de conquête, dans l'ordre sexuel comme dans le domaine social. Il ne veut prendre aucune initiative, aucune autorité et présente cette particularité frappante, malgré son érudition considérable et autodidactique, de ne jamais vouloir s'affirmer dans une opinion tranchée, de ne tirer aucun orgueil de ses connaissances étendues.

Même pour ses dessins et tableaux, il ne s'intéresse aucunement à les fixer, une fois réalisés : rien ne le pousse à laisser quelque chose de lui, comme une postérité.

En résumé, il me paraît que la ligne directrice de sa mentalité, qui se traduit par cette hyperesthésie aux contacts sociaux et ce besoin d'études sans profit, s'explique par une véritable abdication, inconsciente et ancienne devant la virilité, matérielle et morale. C'est par une véritable arriération affective qu'il tend à rester un enfant bien sage, qui veut faire travailler, sans risque et sans bénéfice, un esprit fort bien doué.

M. TUSQUES. — Comment le malade s'est-il comporté au service militaire ?

M. POMMÉ. — Le malade, nous a-t-on dit, a été réformé peu après son incorporation. C'est dommage, car le service militaire eût été un excellent réactif. J'avoue cependant que je ne crois pas que ce garçon eût été capable de s'adapter à la vie en commun de la chambrée, mais qu'il eût sans doute pu se plier par ailleurs aux exigences de la vie de caserne. Comme MM. Vurpas et Codet et pour les mêmes raisons qu'eux je m'étonne du diagnostic schizophrénie.

M. GOURIOU. — On peut se demander ce que ce sujet serait devenu en présence des conflits de la vie, s'il avait été livré à lui-même au lieu d'être tenu à l'abri par la sollicitude de sa famille, comme un schizoïde devenu fonctionnaire est tenu à l'abri des responsabilités par le fonctionnarisme. Les autodidactes ne sont pas rares parmi les déments précoces, qui accumulent des fatras de connaissances inutiles pour les fins qu'ils poursuivent; témoin par exemple ce médecin roumain que plusieurs d'entre

nous ont connu il y a quelques années. Il prétendait vouloir faire de la politique en son pays, mais retardait toujours la mise à exécution de son intuition. Il ne me reste plus à apprendre que l'obstétrique, me dit-il un jour. Je rapproche également de la chasteté incomplète du malade, celle d'une de mes démentes précoces qui se refusait aux caprices des hommes blancs, mais cédait aux arabes à cause du plaisir que lui donnait la couleur de leur peau. Je crois que l'on peut voir dans la maladie du sujet présenté un état hybride plus proche de la paranoïa que de la schizophrénie.

M. CODET. — Je ne partagerai pas complètement l'opinion de mon ami Gouriou, parlant à ce sujet d'un cas limite avec la paranoïa. Ici il me semble qu'il y a, à l'opposé du paranoïaque, un caractère qui craint sans cesse de s'affirmer, qui est sans cesse prêt à s'incliner. A moins qu'il ne veuille montrer comme deux attitudes d'esprit réactionnelles entre lesquelles peut choisir un individu, dans un conflit moral pénible. Ainsi ces deux types de déformation se ressembleraient comme le positif et le négatif d'un même cliché.

M. COURBON. — Je comprends si bien les réserves de tous mes collègues à accepter le diagnostic de schizophrénie que je me suis abstenu de tout terme nosographique dans le titre de la communication. Son intérêt principal à mes yeux est de montrer la somme prodigieuse d'acquisitions que l'autodidactisme absolu d'un individu doué de jugement et de mémoire peut atteindre. Et je suis de l'avis de MM. Codet et Pommé sur la formule psychologique du sujet.

Ceci dit, je maintiens que l'état décrit dans le certificat de M. Dupouy est conforme à la réalité constatée par moi lors de l'arrivée du malade et au pronostic que je redoute. Le début fut insidieux, la désaffection date de plus d'un an, les rêveries et l'oisiveté avec mimiques silencieuses et discordantes datent de nombreux mois. L'anxiété a disparu avec les médicaments. Mais malgré le recouvrement du sang-froid que vous avez constaté tout à l'heure, la rectification des fausses reconnaissances est incomplète et le sentiment d'emprise va croissant; il m'accuse de vouloir malgré lui l'inféoder à une ligue politique et accuse ses parents de vouloir toujours le marier de force. Nous allons tenter la thérapeutique par le nucléinate de soude et nous vous tiendrons au courant de l'évolution. J'ai d'ailleurs enregistré sur disques son premier examen; on pourra donc comparer les étapes.

Aperçu sur l'état actuel du problème des hallucinations,
par M. P. GUIRAUD.

La présente communication a été provoquée par la présentation d'une malade de MM. Capgras et Nodet à la dernière séance de la Société. J'avais souligné le fait que cette malade distinguait parfaitement ses hallucinations verbales sensorielles de ses hallucinations verbales psychiques. Notre sympathique président a fait remarquer que le moment était peut-être venu à la suite de nombreux travaux publiés ces derniers temps de reprendre devant la Société la discussion de l'important sujet des hallucinations. Aujourd'hui, je désire seulement poser les termes du problème et montrer quels sont les points de divergence sur lesquels la controverse peut utilement s'engager.

Ce qui intéresse les psychiatres, c'est moins le problème strict de l'hallucination que celui des délires chroniques. Je ne pense pas que l'attitude utile soit de délimiter avec rigueur l'hallucination authentique et d'essayer de trouver une explication de ce phénomène. Il vaut mieux étudier ensemble les symptômes du groupe des hallucinations, en montrer les ressemblances et les différences, et aussi les formes de transition. On verra plus facilement ainsi en quoi diffèrent les tendances des divers auteurs.

J'énumère les divers phénomènes du groupe hallucinatoire dans le tableau suivant :

1° Illusion.....	{	Excitant normal des appareils de réception sensorielle.	{	Identification inexacte.
2° Fausse sensation.	{	Excitation pathologique des voies sensorielles.	{	Elaboration. Conscience du caractère pathologique ou croyance à une réalité extérieure.
3° Hallucination-sensation.	{	Sensation pathologique pure.	{	Odeur, goût, douleur.
	{	Sensation pathologique élaborée.	{	Odeur ou goût déterminés.
	{	Conscience du caractère pathologique ou	{	
	{	Croyance à une réalité extérieure.	{	

4 ^o Hallucinations-perceptions et Hallucinations verbales.....	a) Esthésie.	{	Hallucinose ou hallucination consciente.
	b) Projection spatiale.		
	c) Elaboration.		
	d) Conscience du caractère pathologique :		
	ou		
	Croyance à une réalité extérieure :	{	Hallucination vraie (Claude et Ey).
5 ^o Hallucination psychique (auto-représentation aperceptive de G. Petit).....	{ Représentation Croyance à une action extérieure.		
6 ^o Hallucinations parlées.....	{ Représentation articulée mentalement ou réellement. Croyance à une action extérieure.		

Ce tableau nécessite quelques commentaires.

Je crois nécessaire de faire une place au phénomène que j'appelle la fausse sensation et de le distinguer de l'illusion authentique. Dans cette dernière, le caractère pathologique est purement mental, c'est une identification inexacte provoquée par un état affectif préalable et quelquefois par un fléchissement intellectuel (confusion). Dans la fausse perception, au contraire, un excitant anormal agit sur les voies sensorielles, soit à leur périphérie, soit sur leur trajet, soit même sur leur terminaison corticale. Les variétés les plus nettes sont celles observées dans les maladies du globe oculaire ou de l'oreille interne (phantasmes des ophtalmopathes, phénomènes auditifs parasites). Les fausses sensations ayant leur origine sur le trajet des voies sensorielles sont peu connues. Quant à celles provoquées par une atteinte des aires corticales terminales, elles sont classiques : visions de flammes, de zones colorées dans les atteintes de la calcarine, etc. On peut y adjoindre les *fausses sensations* expérimentales provoquées au cours des opérations cérébrales par excitation directe des parois du 3^e ventricule (sensation de soif, sensation de faim, envie d'uriner, etc.). Toutes ces fausses sensations dues à l'ébranlement des centres cérébraux terminaux par un excitant pathologique sont identiques aux phénomènes de la variété n^o 3 (hallucinations-sensations). Mais le fait de considérer les hallucinations-sensations comme des fausses sensations (au sens du groupe 2) implique déjà une pathogénie qui peut ne pas être

admise par tout le monde, c'est pourquoi nous maintenons le groupe 3 en tant que fait clinique pour lequel des explications diverses peuvent être soutenues. Ce groupe 3 nous paraît trop négligé dans les diverses théories sur les délires chroniques. Les malades se plaignant de mauvaises odeurs, de mauvais goûts, de violentes douleurs, sont nombreux chez les délirants chroniques : toute théorie explicative doit tenir compte de ce symptôme. En voici un exemple :

« Je me vois forcé de vous dire qu'on me travaille, principalement la nuit pendant plusieurs heures, je ne puis rester dans mon lit, tellement on me chauffe la tête sur l'oreiller, ce sont toujours des gaz acides. Je ressens des craquements affreux dans la colonne vertébrale, dans le cou, dans la tête. Les yeux me font mal, je perds mes forces tous les jours. Touchez ma nuque, elle doit être brûlante. En descendant, le manger me brûle comme si c'était du feu... »

Chez les délirants chroniques les hallucinations-sensations sont toujours affectées du caractère de croyance à une action extérieure malveillante. Nous n'avons jamais observé de malade de ce groupe ayant des hallucinations-sensations considérées d'abord comme des douleurs ordinaires. Cependant dans les délires secondaires de la paralysie générale nous avons constaté un très bel exemple de malade ayant souffert pendant des mois de douleurs faciales et brachiales, d'impressions de déformation du visage, de vent la traversant d'une oreille à l'autre. Ces phénomènes considérés d'abord comme maladifs ont été le point de départ d'un délire de persécution physique typique.

Dans le 4^e groupe hallucinations-perceptions ou hallucinations verbales, un certain nombre d'éléments doivent être distingués et mis en évidence. Il ne nous paraît pas légitime d'en considérer un comme essentiel et les autres comme accessoires et indignes d'examen.

L'hallucination comporte d'abord un caractère de sensorialité, ou, si l'on préfère, d'esthésie. L'importance de cette esthésie a été soulignée par Quercy qui, après l'avoir négligée, s'est rendu compte sur lui-même combien ce caractère de sensorialité est important au moins du point de vue subjectif ou phénoménologique si l'on préfère. La qualité sensation auditive ou visuelle est si nettement éprouvée par le malade qu'il différencie soigneusement l'hallucination vraie de l'hallucination psychique quand il éprouve les deux symptômes. D'autres malades, il faut le reconnaître, sont incapables de faire la distinction et donnent des

réponses contradictoires ; chez eux la réalité de l'esthésie est douteuse. L'explication de la qualité sensorielle des hallucinations est un problème qui ne doit pas être éludé. Toute théorie de l'hallucination sera incomplète sans elle.

La question de la projection dans l'espace extérieur est différente de celle de la sensorialité pure de l'hallucination. Les intéressantes théories de Mourgue montrent l'importance considérable de la composante végétative, vestibulaire et proprioceptive dans l'hallucination. De même que, dans la perception normale, elles aident à la localisation dans l'espace de l'objet perçu, de même elles ajoutent leur apport à l'esthésie hallucinatoire. Mais cet apport nous semble subordonné à la qualité esthétique.

De l'élaboration ou identification, qui fait qu'une « forme » (au sens de « *Gestalt* ») est superposée à l'esthésie et éprouvée directement par la conscience, nous avons peu de chose à dire parce que tout le monde semble d'accord pour admettre que les idées sensorialisées ne sont que l'expression de la pensée profond du malade et ne sont pas le résultat direct d'une excitation parasite de zones corticales. G. de Clérambault a écrit quelque chose d'approchant, mais nous ne croyons pas qu'il aurait continué de soutenir longtemps cette idée : il parlait déjà de l'émanicipation des Affects sous forme d'hallucinations verbales, ce qui n'est pas autre chose que la théorie d'après laquelle la pensée du malade crée le contenu des voix.

Un autre problème capital pour tous les symptômes du groupe de l'hallucination est la croyance. Pourquoi le malade ne se rend-il pas compte que le phénomène subi par lui est une création de son propre esprit ? Pourquoi croit-il à la réalité d'un objet inexistant et l'attribue-t-il à une intervention étrangère ?

De ce bref exposé, il résulte, à notre avis, que les deux questions essentielles sont celles de l'esthésie et celle de la croyance de l'halluciné. Nous ne pensons pas que la réalité clinique de l'hallucination sensorielle puisse être mise en doute. Il est bien entendu que, parmi les phénomènes appelés hallucinations par les médecins ou les malades, beaucoup ne sont pas des hallucinations authentiques : interprétations délirantes, hallucinations psychiques, paroles réellement prononcées, illusions, etc... Nous supposons ce travail de discrimination effectué.

Esthésie. — Un certain nombre d'auteurs tendent à atténuer le plus possible le rôle de l'esthésie dans l'hallucination. H. Claude fait jouer à l'hyperendophasie un rôle important ; il croit que, dans bien des cas, les malades écoutent leur langage intérieur sans le reconnaître et lui attribuent une origine extérieure. P. Janet

expose ainsi la question de la sensorialité hallucinatoire. « Se
« représenter une formule verbale injurieuse, sentir qu'elle nous
« est imposée, que nous lui obéissons puisque nous sentons
« l'humiliation, sentir qu'en nous la représentant nous sommes
« parlés, qu'elle vient du dehors, d'un autre homme, n'est-ce pas
« ce qu'on exprime ordinairement par le mot « entendre » ? Il
« y manque sans doute la congruence de cette représentation
« avec les circonstances environnantes, il y manque surtout le
« caractère présent de la véritable perception. Aussi le malade,
« quand il n'est pas dément, fera-t-il quelques concessions en
« disant qu'on l'a injurié il y a peu de temps. Mais en dehors de
« cette concession, le malade éprouve le sentiment d'avoir été
« injurié et il a le sentiment de l'hallucination. »

Contrairement à cette opinion, je me permets de faire remarquer que tout clinicien a observé, de nombreuses fois, des délirants chroniques au moment même de l'hallucination, qu'il les a vus tourner la tête pour écouter, qu'il les a entendus répondre aux voix, et même affirmer, dans certains cas, que ces voix sont très fortes. On peut remarquer que si, du point de vue subjectif, l'esthésie hallucinatoire est caractéristique et frappante, elle ne constitue pas un phénomène tellement extraordinaire et pathologique, et que, dans certains cas, des représentations sont éprouvées par nous comme des perceptions. Certains modes de pensée sont tels, en effet, que beaucoup de représentations ont, pour ainsi dire, une esthésie physiologique. Ce sont le rêve et l'onirisme. Bien entendu, nous estimons que le rêve doit être considéré comme un mode normal de pensée. Ne pourrait-on pas admettre qu'il en est de même dans les délires chroniques et dire que la sensorialité des hallucinations de ces malades résulte simplement du fait qu'ils sont en état de rêve au moment même de l'hallucination ? C'est en partie ce qu'a essayé de faire H. Ey en insistant sur les épisodes oniroïdes dans les délires chroniques. Je ne contesterai certes pas ce fait clinique ; j'avais déjà signalé que parfois les hallucinations apparaissent brusquement dans la nuit, au cours d'un état ressemblant beaucoup au rêve. Mais il ne s'agit là que d'épisodes. On peut difficilement contester que, d'ordinaire, les malades éprouvent leurs hallucinations dans un état de veille indiscutable. Mais peut-être soutiendrait-on qu'il faut distinguer entre la pensée intacte du malade claire, logique, rigide, analogue à la nôtre et la pensée du domaine du délire, alogique et plus rapprochée de l'onirisme.

Dans ma théorie personnelle des délires chroniques que j'aurai peut-être l'occasion d'exposer au cours de cette discussion, je ne

considérerai pas l'hallucination comme un phénomène primordial dans les délires chroniques et je ne serais pas gêné d'admettre que l'esthésie est un caractère relativement accessoire.

Je crois cependant à l'importance de l'esthésie pour les raisons suivantes :

1° Les hallucinations-sensations (goûts, odeurs, douleurs) me semblent inexplicables par toute autre théorie que l'excitation anormale des centres terminaux. Je veux bien croire que le sentiment d'inquiétude, de méfiance, d'influence extérieure puisse s'exprimer par des hallucinations verbales, mais je ne puis admettre qu'il puisse provoquer l'apparition dans le psychisme d'odeurs diverses, quelquefois agréables ou indifférentes, d'algies, de sensations de picotement, de brûlures horribles qui ne sont certes pas les phénomènes pénibles banaux que chacun peut éprouver.

2° Si le sentiment d'inquiétude, d'imposition extérieure, de persécution même était suffisant pour provoquer l'hallucination, je ne comprends pas pourquoi les interpréteurs du type, Sérieux et Capgras, ne seraient pas hallucinés. Je persiste à croire, comme je l'ai déjà soutenu, que, pour la réalisation de l'esthésie hallucinatoire, une atteinte pathologique de certaines zones cérébrales est nécessaire.

Reste la question de *la croyance*. C'est un phénomène capital et même précoce dans l'évolution de la maladie. P. Janet, d'une part, et H. Claude et H. Ey, d'autre part, ont eu raison de mettre en évidence l'importance de cet élément.

Mais, il faut bien s'en rendre compte : quand on est arrivé, en dernière analyse, à affirmer que le malade croit à la réalité de ses hallucinations ou des phénomènes du même groupe parce qu'il a un sentiment pathologique d'influence, d'action extérieure et même de persécution, on a posé le problème, mais on ne l'a pas résolu. A prendre ainsi la question par les sentiments, on revient au point de départ après avoir, en cours de route, fait œuvre de critique utile.

Seul, P. Janet a apporté une hypothèse explicative, hypothèse d'ordre sociologique, essayant de montrer que les délires chroniques résultent d'un conflit entre le malade et la vie sociale. Pour lui, le sentiment qui est à la base des délires chroniques hallucinatoires est le sentiment d'emprise et ses corollaires (sentiment de privation, d'imposition, sentiment d'être observé, d'être pénétré, d'être dirigé). Les délirants hallucinés sont tous des faibles sociaux pour lesquels les conduites sociales sont difficiles à réaliser. Le malade a l'impression qu'il est obligé d'obéir quand

il est en société et se révolte contre ce sentiment anormal d'obéissance.

Pour les neurobiologistes, comme Mourgue, le malade croit à ses hallucinations parce qu'elles font partie de lui-même, de sa sphère des instincts qui envahit la sphère de la causalité. Les instincts, au lieu de pénétrer dans notre personnalité consciente comme des pulsions, prennent la forme et la structure de la pensée verbale, mais d'une pensée d'apparence exogène.

D'autres auteurs, Guiraud en particulier, tout en admettant ce conflit entre une vie instinctivo-affective pathologique et la personnalité consciente, n'hésitent pas à apporter des hypothèses explicatives d'ordre physiopathologique, cherchant à expliquer le sentiment d'emprise ou de xénopathie. Pour eux, ce sentiment de xénopathie ne surgit pas *ex nihilo* ni même d'un conflit social, mais du fait que certains éléments psychiques pénibles, en particulier d'ordre intéroceptif, ne sont pas englobés dans l'acte continuuel de synthèse de la personnalité. Ils croient que cette incapacité d'intégration tient à un défaut de syntonie entre l'activité de certains neurones et celle des neurones dont l'ensemble nous donne l'intuition du moi vivant conscient. Pour cela, il faut admettre d'abord que les phénomènes mentaux se passent dans le système nerveux et ensuite que certaines régions cérébrales jouent un rôle prépondérant dans la genèse de tel ou tel phénomène mental.

Pour conclure, il me semble que toutes les tendances contemporaines essayant d'apporter une hypothèse explicative des délires chroniques sont obligées d'avoir recours en définitive à un trouble initial de la personnalité.

Mais pour les uns il s'agit surtout de la personnalité sociale, pour les autres de la personnalité biologique et somatique. Entre temps sont évoqués deux graves problèmes d'ordre général : celui des rapports entre le fonctionnement du système nerveux et de la pensée et ensuite celui du néo-jacksonisme en psychiatrie. Mourgue le premier a montré l'importance des théories de Jackson. H. Ey et Rouart ont publié récemment un travail capital sur ce sujet, les neurologistes utilisent volontiers les notions de suppression de fonction par la lésion et de libération d'activités sous-jacentes. Triantaphyllos, Ey et Rouart poussant plus loin cette théorie croient qu'aucun phénomène d'activité nerveuse ou mentale n'est capable de résulter de la mise en jeu des centres nerveux par un excitant pathologique. C'est pourquoi ils nient la

possibilité de phénomènes parasites provoquant des hallucinations.

Nous pensons que la question des délires chroniques, spécialement des délires chroniques hallucinatoires n'est pas un mauvais terrain pour l'affrontement de ces diverses théories. Nous ne croyons certes pas que ces questions capitales, qui souvent sont plutôt des positions philosophiques que scientifiques, soient résolues mais malgré la divergence des tendances l'exposition de diverses théories peut apporter des renseignements fructueux pour tous. Cela nous permet de terminer en citant l'exemple du regretté G. de Clérambault qui tout en soutenant une théorie que d'aucuns peuvent trouver grossièrement matérialiste ou très XIX^e siècle nous a enseigné quantité de faits cliniques exposés avec une pénétration psychologique et une précision littéraire inégalées.

M. Pierre JANET. — La très intéressante communication de M. Guiraud prouve que de plus en plus la psychologie en ces dernières années est l'objet des études des médecins et je m'en félicite.

Je crois que le sentiment d'emprise est toujours antérieur à l'hallucination. Les constatations faites l'an dernier à l'Hôpital Henri-Rousselle sur les sujets commençant leur maladie me l'ont prouvé avec évidence. Je me rappelle une intermittente qui avait des crises de délire de quelques mois de durée. Les premiers jours de l'accès, elle se plaignait de ne plus pouvoir faire sa lessive comme auparavant, de froter le linge malgré elle. Puis arrivaient les voix injurieuses ou impératives du persécuteur. Ces hallucinations auditives n'étaient que l'extension à la fonction langage de l'imposition initialement ressentie dans l'acte ménager du lessivage.

L'illusion est un travail psychologique à propos d'un fait réel, elle a un point de départ extérieur au sujet. L'hallucination n'a aucun point de départ extérieur. A ce propos, je recommande la lecture d'un travail récent de Horton paru en Amérique sur la perception et l'interprétation des rêves. Il y montre comment il put expliquer par le grattage d'une souris dans sa chambre, le rêve qu'il faisait en dormant de regarder des préparations histologiques à travers des lamelles éraillées. Voilà un bel exemple d'illusion.

La croyance se greffe sur ce que M. Guiraud appelle esthésie et que moi j'appelle objectivation. Suivant qu'un individu est ou non capable de distinguer des sentiments internes, les effets

que produisent en lui les actions externes, il subjectivé ou objective socialement ce qu'il perçoit. D'une façon générale, l'individu rattache à lui-même les états où il y a sentiment d'effort ou de puissance. Il objective les états où il y a sentiment de défaite, d'impuissance. Socialement, on peut distinguer trois groupes de perceptions suivant que l'individu attribue à un être irréel, à lui-même ou à un être réel autre que lui (le socius de Baldwin) les phénomènes qui les constituent.

Mon article du *Journal de Psychologie* rectifie certaines des affirmations de celui de la *Revue Philosophique*. Je ne crois pas exacte la théorie de Clérambault et très exacte celle de Sérieux et Capgras. Mais l'hallucination véritable n'est que le degré avancé du relâchement de la tension, relâchement dont le premier degré donne ces timides sociaux comme le savant autodidacte qu'a présenté M. Courbon.

M. René CHARPENTIER, *président*. — Je remercie personnellement M. Guiraud d'avoir bien voulu accepter de faire un très intéressant exposé de ses idées personnelles sur cette importante et très intéressante question, toujours d'actualité, bien qu'elle ait été souvent, et depuis longtemps, l'objet des travaux de notre Société.

Je remercie également, au nom de tous, M. le Professeur Pierre Janet d'avoir bien voulu inaugurer la discussion. L'exposé de M. Guiraud sera publié dans le numéro de mars des *Annales Médico-psychologiques* qui paraîtra avant la prochaine séance. Pour cette raison et à cause de l'heure tardive, je vous propose de laisser la question « Hallucination et Croyance » à l'ordre du jour de la Société et de fixer la suite de la discussion au début de la séance ordinaire du lundi 26 avril 1937.

Il en est ainsi décidé à l'unanimité des membres présents et la séance est levée à 18 h. 45.

Le Secrétaire général,
Paul COURBON.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du Jeudi 4 Mars 1937

Présidence : M. **BARRÉ**, président

Sur un cas de rétropulsion, marche à reculons, chute à la renverse,
par M. **ANDRÉ-THOMAS**.

L'auteur présente une malade âgée de 65 ans, chez laquelle les troubles de l'équilibre apparaissent dans la station sous cette triple forme. Elle se comporte relativement mieux dans l'équilibre dynamique : au contraire, elle ne résiste pas aux mouvements passifs (poussées, inclinaisons brusques du plan de soutien, soit autour de l'axe bitemporal, soit autour de l'axe fronto-occipital. Hyperexcitabilité vestibulaire. Diplopie intermittente avec insuffisance de la convergence. Hallucinoïse. Céphalée postérieure. Etourdissements, vertiges. Le diagnostic d'une lésion haut située sur le trajet des voies vestibulaires et cérébelleuses centrales est discuté. La ventriculographie sera pratiquée bien qu'il n'y ait pas de state papillaire. Malgré l'importance des troubles de l'équilibre, aucun trouble de la mesure, de la coordination des mouvements isolés des membres.

Discussion. — M. **LHERMITTE** pense qu'il s'agit d'un syndrome sous-cortical. M. **BARRÉ** note la différence qui existe entre la rétropulsion de la malade de M. André-Thomas et celle des Vermeiens. Ceux-ci tombent tête première tandis que la malade de M. André-Thomas présente une rétropulsion de l'ensemble du corps. M. André-Thomas estime que la différence réside chez les Vermeiens dans une chute sans recul, tandis que sa malade présente recul et chute.

A propos d'un méningiome frontal, par MM. NAYRAC et GUILLAUME.**Conséquences nerveuses de la ligature de l'artère carotide,**
par M. Cl. VINCENT.

Présentation de deux cas d'anévrisme de la région temporale chez lesquels la ligature de l'artère carotide primitive a été bien supportée.

Sur une affection myopathique à topographie rigoureusement semblables chez deux jumelles univitellines, par MM. ANDRÉ-THOMAS, PAISSEAU, M. et M^{me} E. SORREL.

Les auteurs présentent deux jumelles âgées de 6 ans et demi, atteintes depuis l'âge de 18 mois d'une amyotrophie à évolution progressive, surtout marquée aux membres inférieurs. Paralyse et atrophie totale des muscles fessiers, du quadriceps fémoral, paralyse marquée des muscles de la région postérieure de la jambe. Paralyse plus marquée également sur le segment proximal des membres supérieurs. Ces enfants ne peuvent se tenir debout à cause de la paralyse et aussi à cause de la rétraction des muscles de la région postérieure de la cuisse. Les muscles du tronc et du cou sont normaux. La marche se fait sur les ischions et sur les pieds, les mains contribuent aux déplacements des membres inférieurs. Le diagnostic est discuté avec la myotonie congénitale, la maladie de Werdnig-Hoffmann. La myopathie est plus vraisemblable (absence de contractions fibrillaires, de secousse mécanique, pas de réaction de dégénérescence).

Une forme cérébrale de la cholestérinose généralisée (Type particulier de lipidose à cholestérine), par MM. Ludo van BOGAERT, HANS, J. SCHERER et Emile EPSTEIN (Anvers).

Description du cas princeps d'une maladie familiale comportant, au point de vue clinique, les signes suivants : débilité mentale acquise dès la période pubérale, apparition progressive d'un syndrome d'ataxie cérébelleuse puis d'un syndrome de sclérose latérale amyotrophique avec perturbation des sensibilités profonde, pallesthésique et thermique. A la période terminale de la maladie, le malade est immobilisé et présente un état pseudo-bulbaire avec myoclonies vélo-palato-laryngées. Mort bulbaire. Évolution extraordinairement lente (20 à 30 ans). On observe en outre une cataracte radiaire, du xanthelasma, des tumeurs xanthelasmateuses dans les grands tendons, à disposition symétrique, une cholestérinémie normale et des signes généraux d'insuffisance surrénogénitale.

L'autopsie du premier cas met encore en évidence, en dehors des localisations tendineuses, des nodules xanthomateux de la plèvre et une dégénérescence cholestérinique des centres nerveux revêtant tantôt un caractère focal, tantôt un caractère systématisé. Les dépôts lipidiques se présentent sous trois formes : sous forme de cellules, sous forme d'une imbibation diffuse du tissu conjonctif et peut-être aussi du tissu neural. La localisation de l'affection rend compte des symptômes observés.

Il y a une dégénérescence des deux voies pyramidales, et d'une partie des neurones moteurs périphériques, des cordons postérieurs, surtout le faisceau de Goll, des olives bulbaires, une disparition systématique des cel-

lules de Purkinje (atrophie cérébellifuge), une destruction grave et systématique des deux noyaux dentelés, des pédoncules cérébelleux moyens, des fibres olivo-cérébelleuses. On note comme lésion de gravité secondaire : une dégénérescence pallidale avec gliose, une atrophie des deux nerfs optiques et du chiasma, un début de dégénérescence non systématique dans les voies optiques centrales. Cette affection constitue un pendant de la maladie de Schuller-Christian, dont elle est complètement différente au point de vue anatomique et clinique.

D'autre part, les recherches chimiques montrent que les dépôts sont constitués par des complexes de lipides à prédominance de cholestérine. Le rapport de la cholestérine libre aux éthers de cholestérine est dans ces dépôts exactement inverse de celui qu'on observe dans la maladie de Schuller-Christian : alors qu'il est dans celle-ci de 1/5 ou 10, il est dans l'affection que voici de 40/1. Les auteurs voient dans l'affection qu'ils apportent une forme neurale des lipidoses à cholestérine, comme le syndrome pseudo-bulbaire de Gaucher du nourrisson et le syndrome cérébral de Niemann-Pick, constituant des formes neurales des lipidoses à phosphatides et à cérébrosides. Ils se proposent d'y revenir dans une monographie réunissant l'ensemble de leurs recherches.

Ablation du ganglion étoilé chez un hémiplégique, par MM. Th. DE MARTEL et GUILLAUME.

Après cette observation, que rapportent les auteurs, il a été observé, en dehors du syndrome de Claude Bernard-Horner, une amélioration de la motilité et de l'ensemble du tableau clinique.

Discussion. — M. ANDRÉ-THOMAS insiste sur l'importance de la recherche du réflexe vaso-moteur pour connaître le résultat de l'ablation du sympathique.

M. LHERMITTE rappelle le cas d'une malade de M. Sicard, dont les douleurs augmentèrent après l'ablation du sympathique.

Description d'un pupillomètre. — Premiers résultats (avec projections). — **Présentation d'un appareil pour l'appréciation numérique du réflexe** **photo-moteur, par M. NAYRAC.**

L'auteur insiste sur l'importance clinique de l'évaluation numérique de ce réflexe pour suivre l'évolution des affections étudiées, syphilitiques en particulier, et de leur évolution après traitement.

Un nouveau cas de myoclonies rythmées du voile palatin, de la langue, **des lèvres et des globes oculaires. — Lésions des noyaux dentelés,** par MM. J. LHERMITTE et J. MOUZON.

La pathogénie des myoclonies est encore très discutée, les unes tenant, avec Foix, pour une altération du faisceau central de la calotte, les autres, avec Guillain et ses collaborateurs, pour une atteinte des noyaux dentelés.

Dans le cas présent où les myoclonies s'étendaient à un vaste territoire, la lésion majeure frappait le noyau dentelé gauche ainsi que le pédoncule cérébelleux supérieur. Les lésions bilatérales étaient plus marquées à gau-

che. Le rythme des oscillations musculaires se tenait entre 130 et 150 par minute ; fait curieux : les oscillations rythmées des globes s'effectuaient dans le sens vertical lorsque le regard était dirigé en haut et prenaient la forme rotatoire lorsque les yeux étaient en position latérale.

Ce cas démontre que les lésions limitées aux P.C.S. ou aux noyaux dentelés peuvent suffire pour réaliser des myoclonies très étendues, en dehors de toute altération conjointe du faisceau central, mais toujours avec l'hypertrophie des olives.

Complications nerveuses de l'avortement criminel, par MM. J.-A. CHAVANY et KLEPETAR.

Les auteurs relatent deux observations de complications nerveuses de l'avortement provoqué qui se sont produites au niveau de la moelle épinière et de ses enveloppes et dont la pathogénie est d'ailleurs tout à fait différente dans l'un et l'autre cas. La première observation a trait à un syndrome médullaire survenu brutalement au moment même de la manœuvre abortive par un mécanisme de réflexivité vaso-motrice et ayant entraîné une paraplégie spasmodique grave qui fait de la malade une infirme définitive. La seconde est la suite manifestement infectieuse d'un avortement septique qui entraîna une épидуро-méningo-myélite suppurée s'objectivant cliniquement par un syndrome de paralysie ascendante entraînant la mort en huit jours ; malgré la compression médullaire nettement mise en évidence du vivant de la malade par les épreuves instrumentales, ce cas paraissait par sa rapidité évolutive au-dessus des ressources de la neurochirurgie.

Syndrome Duchenne-Erb avec algies radiculaires par effondrement vertébral au cours d'une métastase cervicale d'un épithélioma de l'ovaire (Action sédative de la Cobrathérapie), par MM. L. CORNIL et J. PAILLAS.

A propos d'une malade qui, 9 mois après hystérectomie suivie de radiothérapie pénétrante pour cancer de l'ovaire, les auteurs ont vu apparaître assez brusquement une métastase avec effondrement de C⁵ déterminant de violentes algies cervicales avec syndrome Duchenne-Erb. Ils précisent les considérations suivantes :

- 1° Le cancer rachidien secondaire d'origine ovarienne est d'une exceptionnelle rareté ;
- 2° Le mécanisme assez particulier des manifestations radiculaires est explicable dans ce cas par le télescopage des corps vertébraux de C⁵ et C⁶ ;
- 3° L'action favorable de la cobrathérapie sur les algies radiculaires atroces, dès la 3^e injection (15 unités), est à retenir.

M. LECONTE.

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 27 Février 1937

Présidence : M. Fr. NYSSSEN, président

Paranoïa chez un intellectuel ; que faut-il penser de la constitution paranoïaque ? par M. CONREUR.

Poursuivant l'étude du cas déjà exposé à la séance précédente, l'auteur s'attache à la recherche des racines affectives du délire dans le passé psychologique du sujet.

Il compare les diverses conceptions actuelles de la paranoïa en rapport avec la doctrine des constitutions.

L'intelligence chez les malades mentaux, par M. G. VERMEYLEN.

Les remarques qui suivent se rattachent à la discussion du rapport de M. Rouvroy sur le même sujet, présenté au 12^e Congrès belge de Neurologie et de Psychiatrie. Les tests mentaux ne valent que par l'interprétation qu'on en fait. Le niveau mental n'a qu'un intérêt relatif ; c'est l'appréciation d'ordre qualitatif qui importe.

On a discuté la question de savoir si les tests établis pour les enfants sont utilisables chez les adultes. *A priori*, cela ne paraît pas possible, mais il est légitime cependant d'utiliser dans les deux cas les mêmes méthodes pour les comparer, pour autant qu'on ne tienne pas compte uniquement du résultat quantitatif mais aussi du résultat qualitatif. Les normaux et les anormaux, les enfants et les adultes utiliseront des mécanismes différents pour résoudre la même épreuve. Les épreuves quantitatives pures ne sont guère utiles. Les résultats sont d'ailleurs variables d'un moment à l'autre. Les examens qualitatifs sont beaucoup plus intéressants, mais il faut qu'ils comprennent des épreuves dites « de performance », dans lesquelles le sujet doit agir en présence de situations nouvelles. L'appréciation de la diminution intellectuelle au début des psychoses est une question très délicate. L'intelligence est souvent beaucoup moins diminuée qu'on ne le croit. Le sujet se met sur des plans différents qui nous rappellent des plans de l'enfance ou du primitif. Mais cela ne signifie pas qu'il faille donner des âges à ces plans.

L'auteur rappelle le terme de phrénolepsie qu'il a proposé avec M. Vervaeck pour caractériser certaines chutes de la tension intellectuelle entraînant plus une démençe de rendement qu'un recul véritable de l'intelligence.

J. LEY.

Société Belge de Neurologie

Séance du 27 Février 1937

Présidence : M. G. VERMEYLEN, président

Les réagines syphilitiques dans les ventricules cérébraux et le sac lombaire, par MM. B. DUJARDIN et P. MARTIN.

Les auteurs apportent trois nouveaux cas dans lesquels ils ont étudié simultanément chez le même sujet la teneur en réagines syphilitiques du liquide lombaire et du liquide ventriculaire. Ces cas confirment les résultats déjà rapportés antérieurement : le liquide ventriculaire n'est positif que dans la paralysie générale.

Dans les autres formes de la syphilis nerveuse, il y a perméabilité méningée spinale sans aucune perméabilité choroïdienne.

Les ostéoarthrites et les ostéoarthropathies au cours de la syphilis, par MM. B. DUJARDIN et FRIART.

Etude radiographique comparative des lésions syphilitiques des articulations et des os dans le tabès et en dehors du tabès, en rapport avec les modifications des réactions humorales. L'examen clinique permet de prévoir l'état humoral : le sang et le liquide céphalo-rachidien sont positifs au début, puis le liquide devient négatif quand l'ostéoarthropathie se développe, et enfin le sang devient négatif aussi, ce qui explique la fréquence de séquelles graves sans syndrome humoral.

Les auteurs insistent sur l'origine inflammatoire de ces lésions articulaires et osseuses au début, avec généralisation du processus, jusqu'au moment où par un phénomène d'allergisation, celui-ci se localise sur un de ses foyers, tandis que la réaction méningée s'éteint.

Effets de l'injection de prostigmine dans un cas atypique de myasthénie, par MM. LARUELLE et MASSION-VERNIORY.

Projection d'un film cinématographique concernant une malade de 35 ans, atteinte de myasthénie à forme de dystrophie musculaire progressive, entraînant des troubles moteurs bilatéraux très importants. A la suite de l'injection de 2 à 3 cc. de prostigmine, ces troubles disparaissent complètement et la malade paraît pendant quelques heures tout à fait normale.

A propos d'un cas de pinéalome, par M. J. DE BUSSCHER.

Relation du cas d'une femme de 32 ans, débile mentale, ayant présenté un état stuporeux variable de l'hyperréflexivité tendineuse avec clonus du pied, réflexe plantaire douteux, astasie-abasie avec tendance à la chute en arrière, strabisme passager, paresse des réflexes pupillaires. Le liquide céphalo-rachidien était xanthochromique. Le diagnostic de tumeur cérébelleuse avait été envisagé. Il s'agissait en réalité d'une tumeur de l'épiphysse grosse comme un œuf de pigeon et envahissant la paroi postérieure du 3^e ventricule. Ce cas confirme la pauvreté et la variabilité des symptômes des tumeurs pinéales et la difficulté de leur diagnostic.

**Compression médullaire par varices extra-duremériennes,
par MM. ANDERSEN et DELLAERT.**

Chez un homme de 32 ans atteint d'imbécillité consécutive à une méningite de la première enfance, on vit se développer un syndrome de compression médullaire caractérisé par une paraplégie spastique douloureuse avec abolition des réflexes tendineux, troubles sphinctériens. Le lipiodol montrait un arrêt au niveau de D12. L'opération ne put être pratiquée en raison d'un état général très précaire. L'autopsie révéla à la face dorsale de la moelle des varices étendues, tortueuses, s'étendant sur toute la hauteur de la moelle lombaire, ayant entraîné l'atrophie et la dégénérescence des cordons postérieurs, remontant jusqu'à la région cervicale. Il s'agissait de varices simples de veines microscopiques, sans participation de veines intra-médullaires.

Discussion de la pathogénie des varices et du rôle possible de la méningite dans le cas présent.

J. LEY.

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Le « facteur temps » en psychiatrie infantile, par M. TRAMER, de Soleure.
Journal Suisse de Médecine, n° 29, 1936.

Le facteur temps, c'est-à-dire l'âge de la vie, joue un rôle capital en psychologie et en psychiatrie infantiles. Mais il est indispensable de préciser ce rôle dans le cadre d'une conception dynamique-structurale de la psychologie et de la psychopathologie de l'enfant, de préciser son influence sur les systèmes dynamiques, fondements des étapes successives de la structure neuropsychique de la personnalité de l'enfant. Parmi les doctrines modernes basées sur une telle conception, la doctrine humano-biologique de von Monakow apparaît comme la plus satisfaisante. S'appuyant sur elle, l'auteur admet « comme moteur fondamental de la structure et du développement neuro-psychique, l'instinct créatif qui se manifeste dans la formation morphologique, dans le développement, le mécanisme et la perfection des fonctions et dans l'épanouissement et la structure de l'esprit ». L'examen annuel sériel, préconisé par l'auteur pour tous les enfants ayant été soumis à un traitement spécialisé, contribuera à mieux connaître les manifestations progressives et régressives, à fournir les bases indispensables au pronostic en matière de psychiatrie infantile, pronostic qui se réduit souvent à un diagnostic du futur.

E. BAUER.

Etats réactionnels aigus du bas âge, par E. A. BLEY (*Sovietsskaia Psichonevrologia*, T. XI, 1935, fasc. 3).

En se basant sur 20 cas de névrose chez l'enfant, déterminés par le traumatisme émotionnel dû à la peur, l'auteur constate que, par rapport à l'adulte, il existe une disproportion entre la cause déterminante et l'intensité de la réaction. Une excitation insignifiante peut donner des chocs graves. L'appréciation du danger réel échappe à l'enfant. La réaction chez l'enfant se manifeste toujours avec éclat, mais elle peut disparaître aussi très rapidement. Elle est en moyenne plus courte que chez l'adulte. Les récidives chez l'enfant ne sont pas rares.

FRIBOURG-BLANC.

Les rapports entre le développement physique, le type morphologique constitutionnel, les aptitudes intellectuelles et le caractère, pendant l'âge scolaire (Die Beziehungen zwischen körperlicher Entwicklung, Konstitutionsform, Begabung und Charakter im Schulalter), par E. SCHLESINGER. *Journal de Psychiatrie infantile*, II, 6 et III, 2, 1936.

Les principaux résultats de cette étude sont les suivants : des relations importantes existent entre le développement physique et l'intelligence mesurée au rendement dans les différentes branches de l'enseignement scolaire. Des rapports étroits existent également entre l'intelligence et le type morphologique, les pycniques ayant en moyenne le meilleur rendement, avant les athlétiques, tandis que les asthéniques ont le rendement le moins bon. Par contre, il n'existe aucune relation entre la force physique (mesurée par la force musculaire, la capacité vitale, la capacité respiratoire) et l'intelligence ; souvent il y a antagonisme entre les deux. Le type morphologique présente des rapports intéressants avec la volonté ; les enfants du type musculaire ou athlétique sont les plus actifs, les plus énergiques ; les pycniques sont les moins actifs. Bien que chez les enfants les traits caractérologiques soient souvent très accusés, au point qu'il est facile de dégager un certain nombre de types caractérologiques, les relations entre ces types et la constitution morphologique sont peu précises et ne cadrent pas du tout avec les constatations faites chez les adultes. C'est ainsi que les enfants présentant un caractère cycloïde sont le plus souvent des asthéniques, tandis que chez les enfants schizoïdes on rencontre le plus fréquemment le type pycnique. Mais à l'époque de la puberté, des transformations de l'habitus physique se produisent, intimement liées à des modifications du caractère. Elles correspondent nettement aux données reconnues par Kretschmer ; c'est-à-dire le développement d'un habitus asthénique va de pair avec celui d'un caractère schizoïde, et le développement d'un habitus pycnique avec celui d'un caractère cycloïde.

E. BAUER.

La démence infantile (Die dementia infantilis), par W. RABITZ (de Leipzig). *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, vol. 94, 1-2, 1936.

La démence infantile est une affection autonome, organique-lésionnelle, débutant le plus souvent vers l'âge de 3 à 4 ans, aboutissant à un état de démence caractérisée ; elle n'a aucune parenté avec la démence précoce. Son étiologie est inconnue, l'enquête sur l'hérédité ne donne aucun renseignement caractéristique. A propos de deux observations, l'auteur précise la symptomatologie de l'affection. Il insiste sur l'éréthisme impulsif (dranghafte Erethie), sur les troubles de l'attention que les sujets sont incapables de fixer (changement continuuel de direction de l'attention), sur ceux de l'affectivité, qui est conservée dans ses éléments simples, primitifs, mais diminuée dans ses fonctions complexes. Les troubles de l'éréthisme impulsif ressemblent beaucoup aux troubles du même ordre, observés dans l'encéphalite épidémique. Mais ce sont surtout les troubles du langage qui sont intéressants à étudier. Ils forment un complexe symptomatique caractéristique, important pour le diagnostic différentiel, composé des éléments suivants : déficience de la compréhension du langage, paraphasie, néologismes, difficulté de trouver les mots analogues à celle observée dans l'amnésie verbale, itération, écholalie. Il y a donc essentiellement un appauvrissement du langage, ce qui n'est pas le cas pour le langage schizophrénique.

E. BAUER.

Remarques sur une « famille » de taille petite. Illégitimité et débilité mentale (*Remark on a « family » showing shortness. Illegitimacy and simple-mindedness*), par H.-B. FANTHAM et Annie PORTER (*Eugenical News*, vol. XXI, n° 2, p. 29, mars-avril 1936).

Pittoresque étude de deux générations issues d'une femme très petite, de niveau mental faible. Ces 16 individus, dont 13 du sexe féminin, constituent un petit groupe dans une même province (Québec). Librement engendrés, ils reproduisent les caractères originels ; ils sont de physique agréable, mesurent de 1 m. 19 à 1 m. 32 pour les adultes. Ils ne sont pas imbeciles, mais débiles ou puérils, instables, dépourvus d'inhibition sexuelle, fuyant farouchement toute contrainte ou assistance. Habiles, par ailleurs, au point de vue manuel, ils subsistent ainsi en marge de la société. Faut-il disperser ou stériliser de tels individus ?

J. DELMOND.

Des principes de classification des formes d'affections héréditaires, par le professeur S.-N. DAVIDENKOV. *Sovietskaia Psichonevrologia*, T. XI, n° 6, 1935.

L'auteur critique la tendance « néounitariste » qui a pour but d'unir dans la plus large mesure les maladies héréditaires en unités nosologiques. Il croit erronée la classification des phénotypes, c'est-à-dire la classification précise des processus héréditaires pathologiques. Par contre, la classification des gènes serait rationnelle. Davidenkov croit que le problème de l'interrelation des gènes morbides peut être résolu en suivant trois voies : Premièrement, l'étude de l'occurrence des « microgénotypes » dans une famille pourrait expliquer l'abiotrophie neuropathologique entraînant de nombreux troubles. Le rôle joué par le gène principal serait de mobiliser et d'augmenter certaines anomalies légères. Deuxièmement, on pourrait supposer que le même gène de mutation peut donner différents phénotypes en rapport avec sa position dans le complexe chromosomique pris en entier. Enfin, la troisième voie pourrait prendre comme point de départ la théorie de Fischer sur l'origine de la dominance et de la récessivité des gènes.

FRIBOURG-BLANC.

Contribution à la théorie des larges cycles constitutionnels et de la « polyhybridie » dans l'hérédité des psychoses, par le professeur YODINE. *Sovietskaia Psichonevrologia*, T. XI, n° 6, 1935.

Dans l'étude de l'hérédité des psychoses, l'auteur approuve le bien fondé des notions de schizoïdie, de cycloïdie, d'épileptoïdie, etc... Il souligne l'utilité de l'étude des généalogies, qui démontre l'existence et la multiplicité des manifestations hétérozygotiques pour chaque type de maladie. Ces constatations confirment la polyhybridie dans la transmission héréditaire des psychoses. L'auteur s'élève contre la conception du professeur Davidenkov au sujet des « microgènes », qui doivent être unis en de larges cycles constitutionnels. L'observation statistique et généalogique des faits prouve suffisamment le polymorphisme de l'hérédité des maladies nerveuses et mentales.

FRIBOURG-BLANC.

Recherches sur la parenté constitutionnelle de la tuberculose et des maladies mentales (Untersuchungen über die konstitutionnelle Verwandtschaft von Tuberkulose und Geisteskrankheiten), par M. BLEULER et L. RAPPORT (Wald). *Zeitsch. f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1935, p. 649 à 679.

Les recherches de l'auteur ont porté sur la parenté (parents, frères et sœurs) de 100 tuberculeux du sanatorium Wald. Chez les malades eux-mêmes, on a noté un déséquilibre neuro-végétatif et des troubles dépressifs. On ne trouve pas de prédominance nette des caractères schizoïdes. Parmi les frères des tuberculeux, on trouve une proportion de 0,8 % de schizophrènes — 0,6 % d'épilepsie — 1,5 % (chez les frères âgés de plus de 10 ans) d'alcooliques. Chez les parents 17 % d'alcooliques.

Henri Ex.

Enquête sur l'hérédité chez les paralytiques généraux présentant après l'impaludation des troubles paranoïdes-hallucinatoires (Untersuchung über erbliche Belastung bei Paralytikern, die nach Malariabehandlung paranoïd halluzinatorische Zustandsbilder bieten), par H. MEYER (de Berlin). *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 94, 4, 1936.

L'enquête de l'auteur a porté sur 40 paralytiques généraux, chez lesquels l'impaludation avait produit la stabilisation sous l'aspect d'un syndrome paranoïde. Parmi ces malades, 17 avaient présenté des troubles ou anomalies psychiques avant l'atteinte paralytique : 2 schizophrènes, 3 psychopathes schizoïdes, 8 psychopathes constitutionnels appartenant à d'autres types, 3 débiles mentaux, 1 épileptique. L'alcoolisme était signalé chez 9 malades. Chez les parents (père et mère), l'auteur a trouvé 1 cas certain et 1 cas probable de schizophrénie. Enfin, chez 208 frères et sœurs, l'auteur a dépisté : 4 schizophrénies, 1 psychose puerpérale, 20 psychopathies constitutionnelles, 3 suicides, 3 paralysies générales. Sans exclure le rôle possible des facteurs exogènes, du facteur méningo-encéphalite autant que du facteur paludisme, on est donc en droit de conclure à l'intervention d'éléments endogènes, constitutionnels-héréditaires, dans la production des syndromes paranoïdes chez les paralytiques généraux impaludés. Il est peut-être préférable, en cas d'hérédité ou de constitution psychopathique constatée, de recourir plutôt à des méthodes pyrétothérapiques autres que l'impaludation.

E. BAUER.

Sur la physiopathologie de l'obsession dentaire et de l'automatisme masticateur dans la paralysie générale, par P. TOMESCO et Sébastien CONSTANTINESCO. *Bulletin de la Société de Psychiatrie de Bucarest*, Tome I, année 1936.

A la phase terminale les lésions diffuses de la méningo-encéphalite représentent une véritable décérébration anatomique et fonctionnelle de l'écorce cérébrale qui laisse place, par suite de la disparition du contrôle psychique, à de nombreux automatismes qu'il convient de rapprocher des considérations qu'on peut tirer de l'examen des oligophrènes. L'obsession dentaire du professeur Obrégia ou tendance à s'arracher les dents est un témoin des automatismes démentiels et indique un pronostic fatal. L'automatisme mas-

ticateur consiste en des mouvements d'abaissement et d'élévation ainsi que de latéralité de la mandibule. Il est ininterrompu et immotivé et peut entraîner l'usure du bord des dents.

Les lésions de ces automatismes siègent au niveau du ganglion de Gasser et sur la voie nerveuse conductrice de l'influx réflexe de la mastication.

Les lésions constituent le point de départ d'un réflexe automatique qui se manifeste soit par l'obsession dentaire, soit par l'automatisme masticateur. Grâce à la suppression dementielle des fonctions du cortex paralytique, les réflexes d'automatisme apparaissent à la condition que disparaisse l'influence inhibitrice et qu'apparaisse une épine irritative qui est en l'espèce constituée par les altérations anatomiques du réflexe trigéminal déjà invoqué.

M. LECONTE.

Le syndrome de mélancolie avec conscience succédant à la phase paranoïde est un signe de rémission durable dans la paralysie générale, par AL. OBRÉGIA et I. CONSTANTINESCO. *Bulletin de la Société de Psychiatrie de Bucarest*, Tome I, année 1936.

Les auteurs appuient leur constatation sur quatorze observations qu'ils publient. Ces rémissions sont de longue durée et à rapprocher des rémissions sociales des paralysies générales rapportées par Gilbert Ballet.

M. LECONTE.

La cyclophrénie. Révision du chapitre « Psychose maniaco-dépressive », par AL. OBRÉGIA. *Bulletin de la Société de Psychiatrie de Bucarest*, Tome I, année 1936.

La théorie maniaco-dépressive est loin de répondre à l'ensemble des cas cliniques d'autant plus qu'il n'est pas permis de supprimer les diagnostics authentiques de manie aiguë ou de mélancolie essentielle.

Nombreux sont les cas à allure paranoïaque, paraphrénique, obsessionnelle avec ou sans phobies, schizoïde, catatonique qui affectent une évolution périodique et qui contredisent la théorie kræpelinienne.

Aussi, l'auteur propose-t-il le terme de cyclophrénie qui, par sa nature plus compréhensive permet de parler selon les circonstances de cyclophrénie maniaco-dépressive, de cyclophrénie maniaque ou mélancolique, obsessive ou schizoïde.

M. LECONTE.

Cyclophrénie familiale, par Grégoire I. ODOBESCO. *Bulletin de la Société de Psychiatrie de Bucarest*, Tome I, année 1936.

Présentation d'un cas de schizophrénie périodique, ou mieux, de cyclophrénie schizoïde familiale ayant atteint la même forme cyclique et schizoïde chez le frère et la sœur, moins âgés que le sujet de l'observation publiée.

Ce cas confirme la conception du P^r Obrégia et met en évidence le mérite de la création du terme de cyclophrénie qui exprime autant le contenu que le caractère essentiel des troubles.

M. LECONTE.

Analyse de la phase de guérison après strangulation, à propos d'une observation (Analyse der Erholungsphase nach Strangulation auf Grund einer Beobachtung), par R. KLEIN. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 93, 2, 1936.

L'étude des troubles quant à leur aspect et leur succession, chez un sujet ranimé après une tentative de suicide par pendaison, a démontré leur identité presque absolue avec les manifestations aiguës post-commotionnelles. L'identité est particulièrement frappante en ce qui concerne l'amnésie. L'auteur pense qu'il s'agit d'un syndrome ayant une signification physiopathologique plus étendue ; il est très probablement d'origine méso-céphalique.

E. BAUER.

NEUROLOGIE

Les travaux de Freud dans le domaine de la neurologie organique (Sigmund Freuds Leistungen auf dem Gebiete der organischen Neurologie), par R. BRUN (de Zurich). *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXVII, 2, 1936.

L'œuvre neurologique de Freud est considérable, elle est importante à connaître pour comprendre la personnalité et l'évolution scientifiques du savant. Cette œuvre commence par des travaux, publiés déjà par l'étudiant, sur la structure des racines postérieures et des ganglions rachidiens chez des vertébrés inférieurs. Ensuite ce sont des contributions anatomiques et cliniques diverses, en particulier sur les effets de la cocaïne, sur l'hystérie ; enfin ce sont les travaux remarquables sur l'aphasie, sur les paralysies cérébrales infantiles, sur la névrose d'angoisse, dont certains auraient suffi seuls à assurer à leur auteur un nom durable en neurologie. En somme, l'évolution de Freud est un peu celle du soldat sortant du rang et gravissant successivement les degrés de l'échelle hiérarchique pour devenir maréchal. Mais le soldat déjà portait dans sa giberne le bâton de maréchal. Toutes les qualités du grand savant se révèlent déjà dans les travaux de l'étudiant, qui contiennent d'ailleurs des découvertes importantes : son esprit méthodique, son argumentation scientifique rigoureuse, sa documentation bibliographique toujours complète, et surtout la tendance généticobiologique qui inspire toute son œuvre, y compris son œuvre psychanalytique. Il est inconcevable pour celui qui a apprécié la solidité de l'œuvre neurologique de Freud, que l'œuvre psychanalytique ait été construite sur des bases moins solides.

E. BAUER.

Etudes électrencéphalographiques, par G. MARINESCO, O. SAGER et A. FRIENDLER (Présentation par M. Souques). *Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 23 juin 1936.

Berger a montré et enregistré le premier les courants d'action du cerveau, dits courants de Berger. Il existe deux types d'ondes : des ondes α et des ondes β plus petites. Les ondes α sont supprimées par l'activité psychique et les perceptions sensorielles. Dans une première note les auteurs exposent les résultats de leurs recherches comparatives chez le cobaye et chez le chat, animaux présentant maintes oppositions dès leur naissance. Le cobaye

nouvellement né a une activité réflexe complète, une structure histologique du névraxe voisine de l'adulte, tout comme la myélinisation. Il résulte de l'étude des auteurs que l'activité bio-électrique cérébrale du cobaye nouveau-né est plus accentuée que chez le chat du même âge. Ainsi donc il existe un rapport étroit entre les courants bio-électriques du cerveau, sa structure et son activité fonctionnelle. Ces résultats concordent avec les études chronaximétriques pratiquées par les auteurs. Dans leur deuxième note ils publient les électrencéphalogrammes d'une malade à laquelle on extirpa une portion du lobe frontal gauche en raison des crises jacksoniennes extrêmement fréquentes. Devant les différences constatées chez cette malade entre l'électrencéphalogramme droit, normal, et le gauche dont la fréquence est quatre fois plus petite que le droit et le potentiel 40 % plus grand, les auteurs concluent qu'une lésion du lobe frontal peut modifier l'allure de l'électrencéphalogramme. Peut-être existe-t-il des modifications caractéristiques des encéphalogrammes selon le lobe atteint, découverte qui fournirait une nouvelle méthode de localisation des lésions cérébrales.

M. LECONTE.

Etudes électrencéphaliques. — Les phénomènes de restitution et de compensation dans les lésions de l'encéphale (4^e note), par G. MARINESCO, O. SAGER et A. KREINDLER. Présentation faite par M. SOUQUES. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 17 nov. 1936, T. CXVI, n° 35.

Les auteurs présentent les modifications de l'électrencéphalogramme de deux malades atteints de troubles aphasiques. Dans le premier cas, déjà publié, depuis l'amélioration des troubles du langage l'encéphalogramme de l'hémisphère gauche s'est modifié. Fréquence des ondes augmentées, potentiel invariable. Dans le second cas il y a augmentation des ondes dans les deux hémisphères et augmentation dans l'hémisphère droit. Les auteurs interprètent les faits comme des phénomènes de compensation de l'hémisphère sain.

M. LECONTE.

Le diagnostic topographique des tumeurs du cerveau (Die topische Diagnostik der Hirntumoren), par Cl. BENDA (de Boston). *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 93, 6, 1936.

Ce travail, troisième d'une série (les deux premiers ont paru au 89^e volume de la même revue) est consacré aux tumeurs des lobes temporaux et occipitaux. Un tableau synoptique résume la symptomatologie dans ses rapports avec la localisation et la nature des tumeurs. L'auteur insiste plus particulièrement sur la difficulté du diagnostic des tumeurs du lobe temporal droit, leur confusion possible avec des tumeurs cérébelleuses, etc.

E. BAUER.

Contributions à la neurologie du lobe frontal et du corps calleux ; le syndrome des tumeurs frontocalleuses (Beiträge zur Neurologie des Stirnhirns und des Balkens. Ueber ein Stirnhirnbalkensyndrom bei Geschwülsten), par L. HALPERN (de Jérusalem). *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXVII, 1 et 2, 1936.

A propos de quatre observations de tumeurs des lobes frontaux ayant envahi plus ou moins le corps calleux, l'auteur discute la pathogénie des

principaux symptômes constatés. Les troubles psychiques, les phénomènes ataxiques, l'astasia, la préhension forcée sont des symptômes frontaux. Dans les troubles apraxiques, on distingue un élément frontal : absence d'impulsion motrice, troubles hypo- ou akinétiques, et un élément calleux ; trouble du déroulement coordonné de l'acte moteur, en rapport plus particulièrement avec les lésions de la partie moyenne du corps calleux. L'apraxie vésicale observée dans deux cas fait également partie de la symptomatologie des lésions calleuses.

E. BAUER.

Hypertonie effective paroxystique symptomatique séquelle tardive de blessure de guerre du lobe frontal (*Ipertonia affectiva parossistica sintomatica esito tardivo di ferita di guerra del lobo frontale*), par Giovanni De NIGRIS (Volterra). *Neopsichiatria*, 1935, n° 3, p. 379 à 413.

Chez un homme de 37 ans, blessé en 1916 (lésion du lobe frontal par grenade), l'auteur a observé des crises d'hypertonie du type rigidité décérébrée avec spasmes et crises de fureur, survenant à l'occasion d'une émotion. Le malade, généralement contracturé, présente des signes de rigidité extrapyramidale et des troubles neuro-végétatifs. L'auteur rapproche ces crises de celles décrites par Max Lévin sous le nom d'hypertonie affective paroxystique et passe en revue la littérature récente sur les libérations automatiques du tonus et des mouvements complexes. Il croit que ces crises proviennent d'un défaut de freinage de l'activité motrice par le centre préfrontal atteint par le traumatisme.

Henri Ey.

Abcès du cerveau d'origine auriculaire compliqué d'épanchement d'air spontané intracranien avec issue favorable, par B. KARBOWSKI et N. MESZ. *Medycyna*, n° 7, du 7 avril 1936.

Les auteurs décrivent un cas d'abcès du cerveau d'origine otitique, localisé dans le lobe temporal gauche. Après une amélioration passagère ayant suivi l'intervention chirurgicale, des signes d'aggravation s'installèrent. La radiographie révéla l'existence d'une volumineuse poche d'air localisée dans l'espace sous-arachnoïdien. La guérison de cette complication fut spontanée.

FRIBOURG-BLANC.

Le syndrome de Morgagni (hyperostose frontale interne. Virilisme. Adipose), par F. HEUSCHEN. *Ann. d'anal. pathol. et d'anal. norm. méd. chir.*, n° 8, novembre 1936, p. 943.

L'hyperostose frontale interne se rencontre surtout chez la femme et commence à apparaître vers la cinquantaine. Il existe une corrélation entre l'hyperostose, le virilisme pileux et l'embonpoint exagéré. Le syndrome de Morgagni, appelé encore syndrome de Stewart-Morel, semble être en rapport avec le remaniement subi par l'appareil endocrinien de la femme au retour d'âge. L'auteur rapproche ce syndrome de l'acromégalie, de la maladie de Cushing et du syndrome de Frölich. Les troubles psychiques, neurologiques et somatiques que l'on rencontre souvent lors de ce syndrome sont de caractère sénile banal et ont, du point de vue biologique, des rapports assez éloignés avec la triade de Morgagni.

L. MARCHAND.

Le syndrome de Ramsay Hunt et la polynévrite « cérébrale » ménièreiforme, par L. STERLING et M^{me} I. KIPMAN. *Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, T. XIII, n° 13, du 2 avril 1936, pp. 229-232.

Les auteurs exposent l'histoire clinique d'une malade atteinte de polynévrite « cérébrale » ménièreiforme accompagnée d'éruption de vésicules de zona au niveau du palais. En se basant sur leurs constatations personnelles et sur les descriptions parues dans la littérature ayant trait à la description des syndromes de Frankl Hochwart et de Ramsay Hunt, les auteurs cherchent à établir qu'en réalité il ne s'agit que du même syndrome et que l'éruption de zona a pu échapper à l'observation de certains cliniciens.

FRIBOURG-BLANC.

Physiologie du nerf spinal. La controverse vago-spinaliste, par B. POMMÉ, professeur agrégé du Val-de-Grâce, médecin-commandant, et J. DUGUET, médecin-lieutenant, licencié ès sciences. *La Biologie Médicale*, T. XXV, n° 11, 1935.

La question vaso-spinale que les auteurs nous exposent sans prendre parti est loin d'être terminée. Mais elle se trouve clarifiée dès que l'on se place à un point de vue pratique. C'est dans ce sens utile qu'est fait ce travail. Après un exposé des thèses des spinalistes et des partisans du vague, la physiologie des deux branches est traitée successivement avec précision et clarté. On trouvera en ce qui concerne l'action du spinal dans le larynx, des tableaux synoptiques en rendant la compréhension plus aisée et la loi de Simon-Rosenbach est envisagée, à la lumière des plus récentes théories. L'étude des centres bulbaires et corticaux du spinal, suivie d'une bibliographie, termine cette publication susceptible de rendre particulièrement service à ceux qui préparent des concours.

M. LECONTE.

Un cas de sclérose en plaques avec néoformation pseudomédullaire par régénération (Ein Fall von Sclerosis multiplex mit Bildung eines Pseudorückenmarks durch Regeneration), par F. BERCHENKO. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXVII, 2, 1936.

Le cas décrit par l'auteur est remarquable pour plusieurs raisons : 1) destruction complète de toute la moitié caudale de la moelle au cours d'une sclérose en plaques ; 2) régénération ayant pour point de départ les ganglions rachidiens et aboutissant à la formation d'une pseudo-moelle, analogue aux formations pseudo-médullaires obtenues expérimentalement par Cajal et par d'Abundo ; 3) existence d'un foyer important de gliose primitive à propos duquel se pose le problème de l'association entre la sclérose en plaques et la syringomyélie. L'auteur pense que ce foyer est l'expression d'une déficience congénitale de la moelle épinière, ce qui peut expliquer l'intensité anormale des lésions destructrices de la sclérose en plaques dans ce cas ; d'ailleurs les causes endogènes jouent, dans l'étiologie de la sclérose en plaques, un rôle plus important qu'on n'a tendance à admettre.

E. BAUER.

ANATOMIE

Tumeur cérébrale d'origine dure-mérienne à symptomatologie mentale et à caractères histologiques particuliers, par L. MARCHAND. *Soc. anat.* 2 juillet 1936. *Ann. d'anat. path.*, T. XIII, n° 7, p. 934, juillet 1936.

Le début des troubles mentaux s'est traduit par un état anxieux qui se transforma rapidement en délire de persécution. Pendant plusieurs années, l'état mental resta stationnaire. Ce n'est que dix ans plus tard et seulement quelques mois avant la mort qu'apparurent des symptômes d'organicité tels que embarras de la parole, démarche à petits pas, état de torpeur, albuminose et lymphocytose du liquide rachidien. A l'autopsie, tumeur adhérente à la face interne de la dure-mère, de la grosseur d'une mandarine, comprimant l'hémisphère droit du cerveau au niveau de la région motrice. A l'examen histologique, il s'agit d'un méningoblastome épithélial avec production de réticuline individualisant chaque cellule. Lésions diffuses encéphaliques de caractère inflammatoire réactionnel ayant conditionné les troubles mentaux.

L. MARCHAND.

Etude anatomo-clinique d'un cas d'hémicraniose, par B. BROUWER, M. BIELCHOWSKY et E. HAMMER. *Ann. d'anat. path. et d'anat. norm. méd. chir.*, n° 1, p. 1 à 24, janvier 1936.

Description d'un cas d'hémicraniose chez un sujet de 73 ans ayant débuté quinze ans auparavant. L'examen anatomo-pathologique montre qu'il s'agit d'hémicraniose « pure » sans méningiome. Pas d'altérations dans le domaine du trijumeau qui a été considéré comme pouvant produire les troubles trophiques. Les lésions dans ce cas consistent en ramollissements cérébraux et en altérations séniles en hypoplasie de la moitié gauche du cerveau avec arrêt de développement du cortex, surtout dans la troisième couche du néopallium. Arrêt de développement du cerveau et néoformations osseuses ont peut-être la seule et même cause.

L. MARCHAND.

Encéphalocèle atypique réalisant une tumeur solide à la racine du nez, par M. FÈVRE et R. HUGUENIN. *Ann. d'anat. path. et d'anat. norm. méd. chir.*, T. XIII, n° 3, p. 333, mars 1936.

Enfant de neuf mois. Tumeur de la grosseur d'une noix et d'une dureté fibreuse. Intervention. Au point de vue histologique, il s'agit d'un vaste bloc de névroglie interpénétré par de nombreux axes conjonctivo-vasculaires, véritable tumeur surajoutée au cerveau. Le pédicule qui la reliait au cerveau contient de la matière cérébriforme.

L. MARCHAND.

De l'importance, en chirurgie du sympathique cervical, des variations anatomiques des organes nerveux, artériels et osseux de la base du cou, par R. DE PUYSELEYR. *Ann. d'anat. path. et d'anat. norm. méd. chir.*, T. XIII, n° 4, p. 439, avril 1936.

Les véritables anomalies de la chaîne sympathique du cou sont rares et n'intéressent que ses rapports avec les troncs artériels. Par contre, les points

de repères et les organes voisins peuvent présenter des modifications qui occasionnent des difficultés dans la chirurgie opératoire du sympathique du cou : variation et anomalie de l'artère sous-clavière, de l'artère intercostale supérieure, de l'artère thyroïdienne inférieure, de l'artère du ganglion cervical inférieur, de l'artère vertébrale ; variations et anomalies du système osseux (présence d'une côte cervicale).

Dans les ouvrages d'anatomie topographique, le ganglion intermédiaire et l'anse périvertébrale, si importants pour le chirurgien, ne sont presque jamais mentionnés.

L. MARCHAND.

Les ganglions nerveux sur le cours des vaisseaux sanguins, par B. DOLGO-SABOUROFF. *Ann. d'anat. path. et d'anat. norm. méd. chir.*, T. XIII, n° 5, mai 1936.

Considération concernant particulièrement les cellules nerveuses ganglionnaires dispersées auprès de différents vaisseaux viscéraux (aorte, artères rénales, spléniques, mésentériques, etc...) et destinées à l'innervation des viscères. Il est difficile de maintenir que ces ganglions participent à l'innervation des vaisseaux.

L. MARCHAND.

Etude comparée des lésions pulmonaires expérimentales d'origine nerveuse, par J. TINEL, G. UNGAR et J. BRINCOURT. *Soc. anat.* 2 juillet 1936. *Ann. d'anat. path.*, T. XIII, n° 7, p. 898, juillet 1936.

Une première série de faits concerne les lésions consécutives à la section de l'un des pneumogastriques chez le cobaye.

Elles débutent une heure après la section et vont en augmentant les premiers jours. Elles ne sont pas mortelles. Il s'agit de la classique pneumonie vagale. Tout autre est l'aspect des lésions déterminées par l'excitation des racines postérieures ou par celle du phrénique, par l'excitation du sinus carotidien. Les lésions sont alors œdémateuses et hémorragiques rappelant tantôt l'aspect d'un infarctus, tantôt celui d'un œdème pulmonaire. Ces faits peuvent fournir l'explication de certaines lésions observées en clinique humaine.

L. MARCHAND.

Les glandes endocrines et le cerveau dans la vieillesse, par L. EINARSON et H. OKKELS. *Ann. d'anat. path. et d'anat. norm. méd. chir.*, T. XIII, n° 5, mai 1936.

Etude d'un seul cas concernant une femme de 93 ans, décédée à la suite d'une fracture du fémur et après avoir présenté un état de confusion mentale. Outre une hyperplasie de la cortico-surrénale, les glandes endocrines ne présentaient aucune altération importante. Dans l'encéphale, c'est la dégénérescence adipeuse des cellules qui prédominent. Le maximum de dégénérescence s'observe au niveau des olives bulbaires. Pour les auteurs, le pigment fait partie du protoplasma des cellules. Ils ont constaté l'atrophie pigmentaire surtout au niveau de certains noyaux du mésencéphale et du bulbe. Ils pensent qu'« un ralentissement du métabolisme intracellulaire, proportionnel à l'âge, conditionne les accumulations lipido-pigmentaires ».

L. MARCHAND.

BIOLOGIE

Problèmes psychiatriques et neurologiques à la lumière de la pathologie humorale (Psychiatrische und neurologische Probleme im Lichte der Humoralpathologie), par F. GEORGI. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXVIII, 1, 1936.

A une époque d'espoirs excessifs en la pathologie humorale, une période de déception et de scepticisme avait succédé. Il semble que les découvertes récentes sur le rôle des perturbations endocrinovégétatives, sur l'action des ions, sur les troubles du métabolisme, permettent de nouveau d'espérer de la pathologie humorale des contributions importantes à l'éclaircissement de certains problèmes pathogéniques neuropsychiatriques. En psychiatrie, c'est la psychose maniaque-dépressive qui semble devoir profiter particulièrement des recherches de cet ordre. L'auteur signale l'intérêt de la labilité du métabolisme de la cholestérine, constatée par lui, aussi bien pendant les paroxysmes que pendant les intervalles lucides, avec une hypercholestérinémie très élevée, notamment au cours des états dépressifs. L'administration de produits surrénaux fait disparaître l'hypercholestérinémie et agit parfois favorablement sur l'état mental. Sans doute, les troubles humoraux sont dus à l'atteinte de centres végétatifs mésodiencephaliques ; il convient de rappeler à ce propos qu'O. Foerster a provoqué un accès d'aspect maniaque par la compression de la partie inférieure de la substance grise infundibulaire ; d'autre part, l'amélioration de symptômes mélancoliques tels qu'insomnie, constipation, anorexie, a été obtenu par l'action des rayons X sur le diencéphale.

E. BAUER.

De la présence du spirochète pâle dans le système nerveux végétatif (Sulla presenza della spirocheta pallida nel sistema nervoso vegetativa), par M. BENVENUTI (Pise). *Neopsichialria*, p. 165 à 186, mars-avril 1936.

L'auteur démontre la présence de spirochètes dans le système nerveux de malades ayant acquis la syphilis et présentant des troubles neuro-psychiques. Chez deux paralytiques généraux, tandis que les spirochètes étaient absents ou rares dans l'écorce cérébrale, il existait une électivité de localisation pour le système nerveux neuro-végétatif dans ses portions centrales intra ou périphériques (chaîne latéro-vertébrale ou ganglions péri-viscéraux). Ces cas avec atteinte spéciale des formations neuro-végétatives se traduisaient en clinique par un état de dissociation psycho-neurologique et la rapidité de l'évolution.

Henri Ey.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois d'AVRIL de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 8 avril 1937*, à 9 h. 30 *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté de Médecine.

La *séance ordinaire* du mois d'avril de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 26 avril 1937*, à 4 heures *très précises*, au siège de l'Académie de Chirurgie, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de MAI de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 13 mai 1937*, à 9 h. 30, *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mai de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 24 mai 1937*, à 4 heures *très précises*, au siège de l'Académie de Chirurgie, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

Séances du lundi 26 juillet 1937

A l'occasion de la présence à Paris de nombreux membres correspondants nationaux ou associés étrangers de la Société, il sera tenu le *lundi 26 juillet* deux séances au lieu d'une.

La *première séance*, à 9 heures 15, sera consacrée à la discussion des *Rapports de l'hystérie avec la schizophrénie*. — Rapporteur : M. le Professeur Henri CLAUDE.

La *deuxième séance* commencera à 3 heures de l'après-midi. Elle sera consacrée à l'étude des *Troubles endocriniens dans les états d'excitation* (Rapporteur : M. le D^r J. TUSQUES), et à des *communications diverses*.

Ces deux séances se tiendront au siège de la Société (Académie de Chirurgie, 12, rue de Seine, Paris, VI^e arrondissement).

Pour prendre part à la *discussion* des questions mises à l'ordre du jour, ou pour présenter des *communications*, s'inscrire auprès du D^r Paul COURBON, *Secrétaire général*, Médecin-Chef à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e arrondissement).

Le *dîner annuel* de la Société Médico-psychologique aura lieu le même jour à 20 heures. Les *membres associés étrangers* présents aux séances seront cordialement invités à ce dîner.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Nomination

M. le D^r HUMBERT est nommé Médecin-Chef à l'Asile public départemental d'aliénés de Quimper (Finistère).

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Deuxième Congrès International d'Hygiène mentale (Paris, 19-25 juillet 1937)

Le II^e Congrès International d'Hygiène mentale se tiendra à Paris, du 19 au 25 juillet 1937.

Président d'Honneur : M. le Professeur Henri CLAUDE.

Président du Congrès et Président du Comité Exécutif : M. le D^r Ed. TOULOUSE.

Vice-Président du Comité Exécutif : M. le Professeur Aug. LEY

Secrétaire permanent : M. Clifford W. BEERS.

Secrétaire général : M. le D^r G. GENIL-PERRIN.

Trésorier : M. Robert DEMACHY.

Président du Comité du Programme : M. le D^r René CHARPENTIER.

Vice-Président du Comité du Programme : M. le Professeur Aug. LEY.

Président du Comité d'Organisation et de Propagande : M. le Professeur Jean LÉPINE.

Vice-Président du Comité d'Organisation et de Propagande : M. le Conseiller d'Etat Joseph DELAÎTRE.

RÈGLEMENT DES SÉANCES DU CONGRÈS

Pendant la durée du Congrès, deux séances seront organisées matin et soir. A chacune de ces séances seront présentés *trois rapports* ayant trait à des sujets connexes. Chaque rapporteur disposera de 16 pages d'impression et de 15 minutes pour le résumé oral de son rapport en séance.

Chaque rapport sera suivi d'une *discussion* et de *communications* orales sur les points particuliers traités dans ce rapport. Il sera accordé à chaque orateur prenant part à cette discussion et à chaque auteur d'une communication 4 pages d'impression et 5 minutes d'exposé oral.

Les langues suivantes pourront être imprimées dans les publications du Congrès : allemand, anglais, espagnol, français, italien, portugais. Chaque manuscrit devra être accompagné d'un *résumé* de 15 à 20 lignes en français et en anglais.

Pour prendre part aux discussions des rapports et pour présenter des communications sur les questions mises à l'ordre du jour du Congrès, il est recommandé de s'inscrire dès maintenant, et le plus tôt possible, auprès du *Président du Comité du Programme du II^e Congrès International d'Hygiène Mentale* : D^r René CHARPENTIER, 119, rue Perronet, à Neuilly-sur-Seine (Seine).

PROGRAMME PRÉLIMINAIRE

Lundi 19 juillet 19379 heures. — 1^{re} séance.

(Centre Marcelin-Berthelot, Maison de la Chimie, 28 bis, rue Saint-Dominique, Paris, VII^e arr^t).

SÉANCE SOLENNELLE D'OUVERTURE

sous la présidence de M. le Ministre de la Santé publique

- I. — Discours de M. le Ministre de la Santé publique.
- II. — Discours de M. le D^r Edouard TOULOUSE, Président du II^e Congrès International d'Hygiène mentale.
- III. — Rapport de M. CLIFFORD W. BEERS, Secrétaire général du Comité International d'Hygiène mentale.
- IV. — Rapport de M. le D^r Georges GENIL-PERRIN, Secrétaire général du II^e Congrès d'Hygiène mentale.
- V. — Les bases scientifiques de l'Hygiène mentale.
Rapporteur : M. le D^r André REPOND (de Malévoz-Monthey, Suisse).

14 heures 15. — 2^e séance.

(Centre Marcelin-Berthelot, Maison de la Chimie, 28 bis, rue Saint-Dominique, Paris, VII^e arr^t).

- I. — Les conditions et le rôle de l'eugénique dans la prophylaxie des maladies mentales.
Rapporteur : M. le Professeur RÜDIN (de Munich).
- II. — Les lois de stérilisation eugénique et les résultats de leur application.
Rapporteur : M. le D^r HOWARD C. TAYLOR (de New-York).
Inscrit pour la discussion : M. le Professeur POHLISCH (Allemagne).
- III. — L'Hygiène mentale de la sexualité.
Rapporteur : M. le D^r J. M. SACRISTAN (de Madrid).
La sexualité et l'Hygiène mentale.
Rapporteur : M. le D^r J. HYNIE (de Prague).

COMMUNICATION

La legislazione odierna in Italia sulle malattie sessuali, di fronte ad alcuni casi partici — note di uno psichiatra. — (L'actuelle législation de l'Italie sur les maladies sexuelles : remarques d'un psychiatre sur quelques cas pratiques), par M. le Professeur Oreste BONAZZI (de Bologne).

17 heures 15. — Réception par M. le Ministre des Affaires Etrangères au Ministère des Affaires Etrangères, 37, Quai d'Orsay (Paris, VII^e arr^t).

Mardi 20 juillet 19379 heures. — 1^{re} séance.

(Centre Marcelin-Berthelot, Maison de la Chimie, 28 bis, rue Saint-Dominique, Paris, VII^e arr^t).

- I. — L'Hygiène mentale dans l'éducation familiale.
Rapporteur : M. le D^r Corrado TUMIATI (de Florence).
Inscrit pour la discussion : M. le Professeur Eugenio MEDEA (de Milan).

II. — *L'Hygiène mentale à l'Ecole et à l'Université.*

Rapporteur : M. le Professeur Gonzalo BOSCH (de Buenos-Aires).

Inscrits pour la discussion : M. le D^r Arthur H. RUGGLES (de Providence) ; M. le Professeur Eugenio MEDEA (de Milan).

III. — *La législation de l'enfance anormale.*

Rapporteur : M. le Professeur G. VERMEYLEN (de Bruxelles).

Inscrits pour la discussion : M. le Professeur Eugenio MEDEA (de Milan) ; Miss Evelyn Fox (de Londres).

COMMUNICATIONS

Deux tendances fondamentales de l'enfant. Leur importance pour l'Hygiène mentale, par M. le D^r A. GROENEVELD (d'Amsterdam) ;

A source of anti-social attitude in Childhood and its prevention, par M. le D^r Tom A. WILLIAMS (de Londres) ;

The Mental Hygiene of the Adolescent, par M. le D^r W. M. C. HARROWES (d'Edinburgh) ;

The Teaching of Mental Hygiene by examples taken from popular literature, par M. le D^r Tom A. WILLIAMS (de Londres) ;

The progress of Psychiatric Education in the United States and Canada, par M. le Professeur Franklin G. EBAUGH (de Denver, Colorado) ;

Recreational Therapy in Pre-schizophrenic Patients, par M. le D^r GILBERT J. RICH (de Milwaukee, Wis.).

Mardi 20 juillet 1937

14 heures 15. — 2^e séance.

(Centre Marcelin-Berthelot, Maison de la Chimie, 28 bis, rue Saint-Dominique, Paris, VII^e arr^t).

I. — *L'Hygiène mentale du travail intellectuel.*

Rapporteur : M. le Professeur Charles I. MYERS (de Londres).

Inscrit pour la discussion : M. le Professeur L. ROCHLIN (de Kharkof).

II. — *L'Hygiène mentale dans l'orientation professionnelle.*

Rapporteur : M. le Professeur J.-M. LAHY (de Paris).

III. — *Hygiène mentale et Urbanisme.*

Rapporteur : M. le Professeur LEVI-BIANCHINI (de Nocera Inferiore).

COMMUNICATIONS

Psychologie et Orientation professionnelle. Hygiène de l'attention. Aptitude à l'attention, par M. le Professeur PLINIO OLINTO (de Rio-de-Janeiro) ;

L'aspect social de l'Hygiène mentale, par M. le D^r B. LIBER (de New-York) ;

Importancia de la Higiene Mental, par M. le D^r MISENO SAONA (de Guayaquil, Equateur).

17 heures. — *Visites des Laboratoires de Psychotechnique du Réseau des Chemins de Fer du Nord*, 135, rue de la Chapelle, Rond-Point de la Chapelle, Paris (XVIII^e arr^t), sous la direction de M. le Professeur J.-M. LAHY.

Mercredi 21 juillet 1937

9 heures. — 1^{re} séance.

(Centre Marcelin-Berthelot, Maison de la Chimie, 28 bis, rue Saint-Dominique, Paris, VII^e arr^t).

I. — *Le rôle de l'Hérédité et de la Constitution dans l'étiologie des troubles de l'esprit.*

Rapporteur : M. le Professeur KRETSCHMER (de Marburg).

Inscrits pour la discussion : Mme le Professeur RAÏSSA GOLANTE-RATNER (de Leningrad) ; Mme le D^r MINKOWSKA (de Paris) ;

M. le Professeur FAHREDDIN KERIM (d'Istanbul).

II. — *La prophylaxie des maladies nerveuses et mentales d'origine toxico-infectieuse.*

Rapporteur : M. le D^r L. MARCHAND (de Paris).

Inscrit pour la discussion : M. le Professeur FAHREDDIN KERIM (d'Istanbul).

III. — *Le rôle des conditions sociales dans la genèse des troubles mentaux.*

Rapporteur : M. le Professeur E. MIRA (de Barcelone).

Inscrit pour la discussion : M. le Professeur FAHREDDIN KERIM (d'Istanbul).

COMMUNICATIONS

Mental Hygiene and the Individual, par M. le D^r Arthur H. RUGGLES (de Providence) ;

Untersuchungen über kranke Ehen, par M. le D^r W. MORGENTHAUER (de Berne) ;

L'importance de la méthode généalogique pour les problèmes de prophylaxie mentale, par Mme le D^r MINKOWSKA (de Paris) ;

Appunti statistici sui figli dei paralitici progressivi. (Notes statistiques sur les fils des déments paralytiques), par M. le Professeur Oreste BONAZZI (de Bologne).

Les problèmes de la prophylaxie somatique des maladies nerveuses et mentales, par M. le Professeur Jacques RATNER et Mme le Professeur RAÏSSA GOLANTE-RATNER (de Leningrad) ;

The Psychometric Response of Patients with General Paresis to Treatment, par M. le D^r Samuel H. EPSTEIN (de Boston) ;

Le rôle des conditions sociales dans l'étiologie des états psychopathiques, par M. le D^r LECONTE et Mme S. LECONTE-LORSIGNOL (de Paris) ;

Frustrations during middle life, par M. le D^r Tom A. WILLIAMS (de Londres).

Mercredi 21 juillet 1937

14 heures 15. — 2^e séance.

(Centre Marcelin-Berthelot, Maison de la Chimie, 28 bis, rue Saint-Dominique, Paris, VII^e arr^t).

I. — *L'appétit pour les toxiques et la lutte contre les toxicomanies.*

Rapporteur : M. le Professeur G. BONVICINI (de Tulln, Autriche).

Inscrit pour la discussion : M. le Professeur POHLISCH (Allemagne).

II. — *La prophylaxie de l'alcoolisme.*

Rapporteur : M. le Professeur Walter R. MILES (de New-Haven, Connecticut).

III. — *La prophylaxie individuelle et sociale du suicide.*

Rapporteur : M. le Professeur D. K. HENDERSON (d'Edinburgh).

Inscrit pour la discussion : M. le Professeur Eugenio MEDEA (de Milan).

COMMUNICATIONS

Le problème de l'accoutumance expérimentale à la morphine, par M. R. CAHEN (de Paris) ;

Toxicomanie und Lustprinzip, par M. le Dr Heinrich KOGERER (de Vienne, Autriche) ;

Epidémie d'héroïnomanie. Mesures prophylactiques et thérapeutiques, par M. le Professeur FAHREDDIN KERIM (d'Istanbul) ;

Alcune osservazioni attorno alla legislazione sugli stupefacenti. (Quelques observations sur la législation des stupéfiants), par M. le Professeur Oreste BONAZZI (de Bologne).

Alcoolisme mental : Mesures législatives prophylactiques, par M. le Dr Roger MIGNOT (de Ville-Evrard) ;

Examples of suicide prevented by Mental Hygiene, par M. le Dr Tom A. WILLIAMS (de Tanbridge Wells) ;

L'influence des publications sur les suicides en Turquie, par M. le Professeur FAHREDDIN KERIM (d'Istanbul).

17 heures. — *Visite des Laboratoires de Psychotechnique et de Psycho-Physiologie du Travail de la Société des Transports en Commun de la Région Parisienne*, 18, rue du Mont-Cenis, Paris, XVIII^e, sous la direction de M. le Professeur J.-M. LAHY.

Jeudi 22 juillet 1937

9 heures. — 1^{re} séance.

(Centre Marcelin-Berthelot, Maison de la Chimie, 28 bis, rue Saint-Dominique, Paris, VII^e arr^t).

I. — *L'organisation d'un Centre de Prophylaxie mentale.*

Rapporteur : M. le Professeur WNOUKOFF (de Moscou).

II. — *La formation du personnel auxiliaire des organisations d'Hygiène mentale.*

Rapporteur : M. le Professeur SOBRAL CID (de Lisbonne).

III. — *La législation comparée de l'Assistance psychiatrique.*

Rapporteurs : MM. les D^{rs} A. COURTOIS et Roger ANGLADE (de Paris).

COMMUNICATIONS

Le service d'observation de l'Hôpital Henri-Rousselle, organisme de prophylaxie mentale, par MM. les D^{rs} R. DUPOUY et H. PICHARD (de Paris) ;

The Functions of a Mental Hygiene Clinic in a small City, par M. le Dr GILBERT J. RICH (de Milwaukee, Wis.) ;

Soziale Organisation der psychiatrischen Fürsorge, par M. le Professeur H. W. MAIER (de Zurich) ;

Principes, Méthodes et Etat actuel de l'Assistance aux aliénés en U.R.S.S.,
par M. le Professeur L. ROCHLIN (de Kharkof) ;
Books and Librarians for Mental Patients, par Mrs ROBERTS (de Londres).

11 heures 45. — Départ en autocar du Centre Marcelin-Berthelot pour l'Asile de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

12 heures 30. — Visite des Services médicaux et administratifs de l'Asile de Maison-Blanche.

13 heures 15. — Déjeuner offert par le département de la Seine à l'Asile de Maison-Blanche.

Judi 22 juillet 1937

15 heures. — 2^e séance.

(A l'Asile de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

I. — *La prophylaxie des délits et des crimes.*

Rapporteur: M. le Professeur Olof KINBERG (de Saltzjöbaden, Suède).

Inscrit pour la discussion: M. le Dr STUMPF (Allemagne).

II. — *Les anormaux devant la Justice.*

Rapporteur: M. le Dr van der HOEVEN (d'Utrecht).

Inscrit pour la discussion: M. le Professeur Eugenio MEDEA (de Milan).

III. — *La protection sociale et l'assistance aux anormaux délinquants et criminels.*

Rapporteur: M. le Dr Louis VERVAECK (de Bruxelles).

Inscrits pour la discussion: Miss Evelyn Fox (de Londres); M. le Professeur GREGOR (Allemagne).

COMMUNICATIONS

La portée de l'Hygiène mentale dans le domaine juridique (Droit privé et Droit pénal), par M. le Professeur J. PERITCH (de Belgrade);

Le service des visites à domicile, organisme de prophylaxie et de défense sociales, par MM. les Drs R. DUPOUY, G. DAUMÉZON et A. BELEY;

I sostenitori e i giovani. (Les souteneurs et la jeunesse), par M. le Professeur Oreste BONAZZI (de Bologne).

18 heures. — Retour à Paris par autocar au Centre Marcelin-Berthelot, Maison de la Chimie, 28 bis, rue Saint-Dominique, Paris, VII^e. (Prix de l'excursion: 20 fr.).

Vendredi 23 juillet 1937

9 heures. — 1^{re} séance.

(Centre Marcelin-Berthelot, Maison de la Chimie, 28 bis, rue Saint-Dominique, Paris, VII^e arr¹).

I. — *Proposition d'une Classification internationale des troubles mentaux (Nomenclature).*

Rapporteur: Sir Hubert BOND (de Londres).

Inscrit pour la discussion: M. le Dr Horatio M. POLLOCK (d'Albany).

II. — *L'unification de la Statistique psychiatrique internationale.*Rapporteur : M. le D^r H. BERSOT (du Landeron, Suisse).Inscrits pour la discussion : M. le Professeur ROEMER (d'Illenau) ;
M. le D^r Horatio M. POLLOCK (d'Albany).III. — *L'unification des Statistiques générales dans les Etablissements d'assistance psychiatrique.*Rapporteur : M. le D^r M. DESRUELLES (de Saint-Ylie, France).

Vendredi 23 juillet 1937

14 heures 15. — 2^e séance. SÉANCE DE CLÔTURE DU CONGRÈS(Centre Marcelin-Berthelot, Maison de la Chimie, 28 bis, rue Saint-Dominique, Paris, VII^e arr^l).I. — *Exposé des recherches scientifiques les plus urgentes en vue de la prophylaxie des troubles mentaux.*

Rapporteur : M. le Professeur Aug. WIMMER (de Copenhague).

Inscrit pour la discussion : M. le Professeur RÜDIN (de Munich).

II. — *Exposé des moyens à recommander pour la propagande de l'Hygiène mentale.*Rapporteur : M. le D^r Ernani LOPES (de Rio-de-Janeiro).

COMMUNICATIONS

Quels sont nos critères de la norme? par M. le D^r R. de SAUSSURE (de Genève) ;
Publicidad radiotelefonica e Higiene Mental, par M. le Professeur F. GORRITI (de Buenos-Aires) ;*Les efforts faits dans les deux dernières années par la République Mexicaine pour les progrès de l'Hygiène Mentale*, par M. le D^r Samuel RAMIREZ MORENO (de Mexico).III. — *Rapport sur les Vœux présentés au II^e Congrès International d'Hygiène mentale.*Rapporteur : M. le D^r Georges GENIL-PERRIN, Secrétaire général du Congrès.

17 heures 30. — Réception par la Municipalité à l'Hôtel de Ville de Paris.

Samedi 24 juillet 1937

*Visites d'Institutions de Psychotechnique et d'Assistance aux enfants anormaux*9 heures. — Départ en autocar du Centre Marcelin-Berthelot, Maison de la Chimie, 28 bis, rue Saint-Dominique, Paris, VII^e.

9 heures 30. — Visite du Laboratoire du Travail du Réseau des Chemins de Fer de l'Etat français, 6, rue Hippolyte-Maze, à Viroflay (Seine-et-Oise), sous la direction du Chef du Laboratoire, Mlle WEINBERG.

10 heures 30. — Départ en autocar pour la Colonie d'enfants anormaux de Perray-Vaucluse (Seine-et-Oise).

11 heures 15. — Visite de la Colonie d'enfants anormaux.

13 heures. — *Lunch* offert par le Département de la Seine à la Colonie d'enfants anormaux de Perray-Vaucluse.

15 heures. — Départ en autocar pour Versailles, par la Vallée de Chevreuse.

16 heures. — Arrivée à Versailles. Visite du Château, du Parc et des Trianons.

18 heures 30. — Retour en autocar à Paris, au Centre Marcelin-Berthelot, 28 bis, rue Saint-Dominique (Paris, VII^e).

Dimanche 25 juillet 1937

12 heures 30. — Un déjeuner par souscription réunira les Congressistes. Diverses manifestations et réunions concernant l'hygiène mentale sont à l'étude pour la journée du dimanche 25 juillet.



EXPOSITION D'HYGIÈNE MENTALE

Il sera organisé, à proximité de la salle des séances du Congrès, une *exposition* de l'histoire, des buts, des moyens, des résultats, des projets, etc., du mouvement international d'hygiène mentale, exposition à laquelle chaque pays pourra apporter sa documentation propre : plans, statistiques, fiches, etc., dans ses diverses activités relatives à l'hygiène mentale, à la prophylaxie, à l'assistance et à la thérapeutique des maladies mentales.

INSCRIPTION AU CONGRÈS

Le Congrès comporte des *membres adhérents* et des *membres associés*. Seuls les *membres adhérents* ont le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions. Le prix de leur cotisation est de 125 francs français. Ils recevront un exemplaire des rapports et des comptes rendus du Congrès. Pour être membre adhérent, il n'est pas nécessaire d'être docteur en médecine.

Les *membres associés* ne prennent pas part aux discussions du Congrès, mais peuvent assister aux séances et bénéficient des avantages accordés pour les voyages, excursions, visites..., etc. Le prix de leur cotisation est de 75 francs français. Ils ne recevront pas les rapports ni les comptes rendus du Congrès.

Pour être membre du Congrès, il faut être agréé par le Bureau. Les docteurs en médecine ne peuvent s'inscrire que comme membres adhérents. Ils peuvent inscrire les membres de leur famille comme membres associés.

Une cotisation de 500 francs français sera demandée aux *Ligues Nationales d'Hygiène Mentale*. Les Administrations publiques, les Etablissements hospitaliers et les Centres d'Hygiène et de Prophylaxie mentale, les Sociétés scientifiques, certaines associations professionnelles peuvent s'inscrire au Congrès et recevoir un exemplaire des rapports et des comptes rendus. Le chiffre de leur cotisation a été fixé à 125 francs français.

Les dons, cotisations, etc., sont reçus par M. Robert DEMACHY, trésorier du Deuxième Congrès International d'Hygiène Mentale, 27, rue de Londres, à Paris.

Les demandes d'inscription au Congrès doivent être adressées à *M. le Secrétaire administratif du II^e Congrès International d'Hygiène Mentale* (Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris, XIV^e arrondissement).

Les membres adhérents régulièrement inscrits recevront un exemplaire de chacun des rapports dès leur publication.

Société Suisse de Psychiatrie

A l'occasion de l'Assemblée de printemps de la *Société Suisse de Psychiatrie*, la Commission de *psychothérapie* de cette Société organise pour le *vendredi 28 mai 1937*, à 14 heures, à *Berne*, une deuxième réunion suisse de psychothérapeutes de toutes tendances.

Le sujet choisi est : *Méthodes et applications de la psychothérapie.*

Rapporteurs : D^r KIEWIT DE JONGE (de Prangins), D^r HANS TRÜB (de Zurich), Prof. D^r C.-G. JUNG (de Kusnacht-Zurich), D^r W. MORGENTHAUER (de Berne).

S'inscrire auprès du *Président de la Commission de psychothérapie* : D^r O.-L. FOREL, à Prangins (Nyon). La cotisation a été fixée à 4 francs suisses.

93^e Réunion annuelle de l'American psychiatric Association

La *93^e Réunion annuelle* de l'American psychiatric Association aura lieu à l'Hôtel William-Penn, à Pittsburgh (PA.), du *10 au 14 mai 1937*.

Exposition Internationale des Hôpitaux

Une *Exposition Internationale des Hôpitaux* aura lieu à la *Foire de Milan* du *10 au 27 avril 1937*. L'Allemagne, l'Autriche, la France et la Hongrie ont donné leur adhésion. Cette exposition sera divisée en sections : *section technique de la construction et du fonctionnement, section technique industrielle*, etc. La participation des Cliniques et Instituts Universitaires, avec toutes installations consacrées à la recherche scientifique et à l'enseignement a également été prévue. Les besoins les plus divers des établissements sanitaires trouveront place à l'Exposition.

UNIVERSITÉ DE PARIS

Faculté de Médecine. Chaire de clinique psychiatrique

Par application du décret du 31 décembre 1936 et sur présentation de la section permanente du Conseil Supérieur de l'Instruction publique, M. le Professeur Henri CLAUDE est nommé à la *classe exceptionnelle*.

Les professeurs nommés dans cette classe, et dont le nombre ne doit pas excéder le trentième du nombre des professeurs titulaires, demeurent en fonctions jusqu'à l'âge de soixante-dix ans.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX



ANORMAUX ET DÉFENSE SOCIALE

*Comment concilier les exigences de la défense sociale
à l'égard des criminels anormaux
avec les nécessités de leur assistance et leur reclassement*

PAR

LOUIS VERVAECK

Les relations qui unissent fréquemment les réactions anti-sociales aux maladies et tares constitutionnelles de leurs auteurs ne sont plus contestées aujourd'hui que les progrès de la psychiatrie criminelle et les recherches anthropologiques dans les prisons ont mis en évidence le nombre inquiétant des psychopathes prédisposés à la délinquance et la grande proportion des débiles et anormaux parmi les condamnés.

Cette notion criminologique devait, comme il était logique, entraîner des modifications profondes dans les méthodes de traitement pénal et pénitentiaire des délinquants, non sans se heurter à des résistances et aux scrupules des théoriciens du Droit et de la Morale ; car cette notion capitale venait singulièrement bouleverser les conceptions traditionnelles et imposer, sinon le remaniement, tout au moins l'adaptation à ces conceptions nouvelles des législations qu'elles avaient inspirées.

On pouvait craindre d'ailleurs que cette orientation nouvelle du droit pénal et de la lutte contre la criminalité, faisant appel pour substituer aux principes classiques de l'intimidation et de la répression à des méthodes thérapeutiques et de rééducation, ne vienne, par son indulgence, voire sa faiblesse à l'égard des criminels, mettre en péril la sécurité sociale ; n'aboutirait-elle pas à annihiler la crainte de la prison, sentiment susceptible, pensait-on, de retenir sur la pente de la délinquance ceux que leurs passions, leur volonté défaillante, leurs vices y entraînaient.

Dans leur méfiance à l'égard des réformes juridiques et administratives, proposées ou réalisées avec plus ou moins de timidité, suivant les pays, comme conséquence des recherches d'anthropologie criminelle, les traditionnalistes du droit pénal avaient oublié que les protagonistes de ces réformes réclamaient en même temps, comme sanction logique et nécessaire de l'évolution thérapeutique du régime pénitentiaire, d'énergiques mesures d'élimination sociale des anormaux dangereux et un contrôle effectif, à la fois psychiatrique et moral, de leur retour dans la vie libre.

L'expérience l'a prouvé : les sanctions de défense sociale se sont montrées plus fermes, souvent de durée plus longue et d'efficacité plus grande, que les peines de prison, tout au moins pour les délinquants immoraux et violents, ainsi que pour les récidivistes des petits délits contre la propriété.

Bien plus, par le système de libération à l'essai dont elles se complètent, elles permettent, en cas d'inconduite, de paresse ou d'intempérance, la réintégration des anormaux dans les établissements de traitement, sans qu'il soit nécessaire d'attendre qu'ils aient commis un nouveau délit.

Au surplus, les sanctions de défense sociale à l'égard des criminels anormaux et récidivistes ne mettent nullement en péril le système pénal et pénitentiaire qui organise la répression des délits et des crimes, car elles supposaient comme acquis son maintien intégral pour ceux dont la normalité de corps et d'esprit ne peut être contestée et aussi pour le groupe, plus nombreux peut-être, des inculpés dont les tares constitutionnelles ou l'état maladif ne justifient pas une large atténuation de responsabilité pénale ; en effet leurs anomalies morbides leur laissent une conscience suffisante pour apprécier la gravité de leurs actes antisociaux et une volonté assez libre pour résister à la tentation de les commettre.

On le voit : un régime juridique thérapeutique pour les délin-

quants anormaux, assurant à la fois leur traitement et leur surveillance en cas de libération, ne s'oppose nullement au régime répressif qui doit être maintenu pour les autres condamnés ; il le complète heureusement et réalise efficacement la défense sociale contre la criminalité morbide.

Nous réservons le terme d'anormaux délinquants ou criminels à ceux qui, en raison de leurs tares, maladies ou perturbations mentales passagères, se sont trouvés incapables de mener une existence sociale régulière et à ceux qui, à un moment donné, sous l'influence directe ou éloignée de leur état psychique anormal, ont commis un crime ou un délit.

S'il est excessif de dire que tous les délinquants sont des anormaux biologiques, il est établi par les recherches méthodiques d'anthropologie criminelle qu'en majorité, ils sont atteints de tares plus ou moins importantes d'origine diverse d'ailleurs : les unes sont constitutionnelles, les autres acquises ; le plus souvent, elles ont été aggravées dans leurs répercussions criminogènes par les conditions défavorables de leur éducation et les influences fâcheuses de leur milieu familial et de leur existence sociale.

Trois problèmes se posent en présence de la constatation que le psychisme de certains sujets a été influencé, au moment de leur crime ou de leur délit, par leur état d'anomalie biologique :

- 1° un problème pénal, celui de leur responsabilité, ou, si on le préfère, de la mesure pénale que doivent entraîner leurs actes ;
- 2° un problème médical, celui de leur traitement ;
- 3° un problème social, le plus grave des trois, celui de leur libération éventuelle.

Nous ne ferons qu'indiquer pour le premier les principes qui doivent, à notre avis, en inspirer la solution. Tout crime ou délit exige une sanction, si on l'envisage au point de vue des intérêts supérieurs de la société ; elle sera répressive pour les normaux, purement thérapeutique chez les aliénés et les grands anormaux mentaux à placer dans un asile ; elle sera médico-pédagogique pour les délinquants anormaux, dont la responsabilité pénale ne persiste que dans une mesure fort réduite ; mais étant donné qu'ils peuvent être intimidés et sont susceptibles d'être influencés par des moyens médicamenteux et hygiéniques — ce qui n'exclut nullement une discipline ferme et un travail régulier — leur traitement doit être organisé dans des quartiers à caractère nettement thérapeutique mais créés dans le cadre des prisons.

Quant aux anormaux qui, malgré d'évidentes tares mentales ou médicales, auraient conservé une certaine conscience de leurs actes délictueux et assez de volonté pour pouvoir s'abstenir de les commettre et devoir en répondre donc au point de vue pénal, ils seront traités et rééduqués dans des sections spéciales de la prison, voire dans des prisons thérapeutiques, telles que le régime pénitentiaire belge en a organisées depuis quelque 15 ans : prison-sanatorium pour tuberculeux, colonies de travail pour débiles d'esprit, toxicomanes et épileptiques; quartiers communs pour anormaux qui ne peuvent être maintenus dans un régime cellulaire; annexes psychiatriques d'observation et de traitement pour malades nerveux et pour mentaux curables; sections de traitement chirurgical, de thérapeutique des maladies vénériennes, des affections sensorielles, etc...

Ainsi doit se concevoir aujourd'hui un régime pénal et pénitentiaire complet, assurant à la fois la répression de la criminalité des normaux et le traitement des malades et anormaux, ce qui est la meilleure forme de défense sociale contre leurs réactions dangereuses.

Le traitement même des criminels anormaux devra recourir à toutes les disciplines de la psychiatrie, de la thérapeutique médicale, de la pédagogie, tout en réservant une place importante à une organisation méthodique de leur travail, s'inspirant essentiellement de l'objectif de faciliter leur réadaptation sociale.

Dans quelle mesure peut-on espérer un amendement réel et un reclassement social durable des anormaux que leurs tares mentales et morales prédisposent ou mènent plus ou moins irrésistiblement à la délinquance? On doit se garder en ce domaine d'être fort optimiste, car la fréquence de leurs récidives est grande et pratiquement beaucoup d'entre eux sont peu ou pas susceptibles d'amélioration sérieuse (1); mais quelle que puisse être à cet égard notre conviction théorique, nous devons mettre tout en œuvre pour amender leurs tares et tenter chaque fois que la chose est possible, leur retour dans la vie libre.

C'est là en effet le problème le plus difficile qui se pose à nous. Quand pourra-t-on et sous quelles conditions, libérer des anormaux qui ont commis un crime ou un délit et que leurs tares mentales exposent à la récidive? Comment assurer à la fois leur assistance et la protection de la société?

(1) Les possibilités de traitement et de rééducation des anormaux à tendances antisociales. *Revue de droit pénal et de criminologie*, Bruxelles, mai 1934.

Qu'il nous soit permis de rechercher les éléments de la solution de ce problème dans l'expérience belge des libérations de trois groupes d'entre eux que nous avons pu suivre, le premier, celui des condamnés anormaux, depuis une trentaine d'années, les deux autres, les anormaux et les récidivistes internés en vertu de la loi belge de défense sociale, depuis son entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 1931.

Indiquons en quoi ils se différencient au point de vue biologique et pénal. Chez les condamnés, l'existence de tares psychiques caractérielles morales et sociales n'a généralement été mise en évidence qu'au cours de leur peine, soit qu'elles aient échappé à l'attention des juges d'instruction et des tribunaux, soit qu'elles ne se soient manifestées ou aggravées qu'en prison ; le cas de paralytiques généraux dont le désordre mental apparaît au cours de la détention n'est pas si exceptionnel ; les modalités si troublantes de la psychose pénitentiaire, déclenchées chez des psychopathes constitutionnels et des dégénérés, à la faveur d'incidents ou d'émotions sans importance, sont une autre manifestation de l'influence psychogène de la prison. Certes, dans tous ces cas, la prédisposition existait et nous n'avons pas souvenance de les avoir vus se produire sur un terrain constitutionnellement sain.

Y a-t-il beaucoup d'anormaux chez les condamnés ordinaires ? L'expérience acquise dans les laboratoires belges d'anthropologie pénitentiaire, dont le matériel scientifique comporte aujourd'hui plus de trente mille observations homogènes et complètes, permet de formuler les conclusions suivantes :

Il n'est pas dans les prisons belges plus d'un bon tiers de sujets entièrement sains de corps et d'esprit. 10 0/0 sont de grands psychopathes constitutionnels, débiles d'esprit ou déséquilibrés incontestables ; 30 0/0 sont des inférieurs mentaux et dégénérés de degré moindre ; 15 à 20 0/0 sont des malades physiques, dont 2 0/0 de tuberculeux, 6 0/0 de vénériens, 1 0/0 de cas chirurgicaux (1), des intoxiqués, des névropathes — en 10 ans plus de 300 convulsivants dont 60 0/0 de vrais comitiaux ont été envoyés à la prison pour épileptiques de Merxplas — enfin 2 0/0 des condamnés sont devenus des aliénés en prison. Rappelons qu'avant la loi de défense sociale, annuellement 70 condamnés devaient être colloqués ; de 1923 à 1928,

(1) Ajoutons que l'examen médico-anthropologique méthodique des condamnés a révélé des tares ou affections sensorielles chez 20 % d'entre eux.

436 condamnés, dont 40 femmes, ont été transférés à l'intervention du S.A.P. dans les asiles de l'Etat.

Dernier fait significatif : lors de l'installation, en 1923, d'un laboratoire d'anthropologie pénitentiaire à la prison centrale de Louvain, réservée aux criminels qui avaient été condamnés à perpétuité ou à un très long terme, leur examen systématique révéla que 20 0/0 d'entre eux devaient être considérés comme des aliénés ou de grands anormaux mentaux, dont la place était bien plus à l'asile que dans une prison ; en fait, un certain nombre de ces condamnés furent colloqués à l'intervention du Dr D'Hollander, professeur de psychiatrie à l'Université de Louvain.

Dans quelles conditions libère-t-on aujourd'hui en Belgique les délinquants anormaux condamnés à une peine de prison ?

La libération des condamnés ordinaires, qu'ils soient anormaux ou non, n'est soumise en principe à aucun contrôle social ou psychiatrique ; elle se fait, il est vrai, pour un certain nombre d'entre eux, — soit 18 0/0 — en majorité délinquants primaires dont l'amendement paraît acquis et le reclassement social assuré, sous la forme d'une libération conditionnelle anticipée ; habituellement en Belgique, elle leur est accordée, quand ils ont subi la moitié ou les deux tiers de leur peine ; quant aux récidivistes paraissant amendés, ils peuvent demander leur libération après avoir accompli les deux tiers de leur peine, mais le plus souvent, ce ne sera que quelques mois avant la fin de leur emprisonnement qu'ils l'obtiendront. Pendant la période 1926-1934, 4.883 ont obtenu leur libération conditionnelle sur les 27.092 condamnés subissant une peine de prison et parmi eux on comptait 1.196 récidivistes ; dans près de la moitié des cas, soit 561, cette mesure a dû être révoquée en raison de nouveaux délits commis par les libérés.

Théoriquement, les libérés *conditionnels* devraient être soumis à une certaine surveillance, mais, en fait, aucune disposition légale ou administrative ne peut la leur imposer, pas plus qu'un régime de vie spécial : telle serait, pour un anormal, l'obligation de fréquenter un dispensaire d'hygiène mentale, ou pour un buveur, l'abstinence de boissons alcooliques. D'ailleurs, quelle que soit la conduite sociale du délinquant, la mesure de sa libération anticipée n'est révoquée et son retour en prison ordonné que s'il a commis un nouveau délit et s'il a été condamné de ce chef.

Dans ces conditions, il faut le reconnaître, le mécanisme actuel de la libération conditionnelle n'offre aucune garantie ;

dans la plupart des cas, le délinquant échappe à toute surveillance, et, s'il est anormal, à toute mesure de traitement ou de contrôle psychiatriques.

La situation est plus mauvaise encore si le condamné est libéré à l'expiration de sa peine ; en cas d'anomalie mentale, le médecin et le directeur de la prison doivent se borner à lui donner le conseil platonique de se rendre à la consultation d'un dispensaire d'hygiène mentale et de rester en rapport avec les œuvres de patronage et de réadaptation sociale des condamnés libérés. Il est bien rare qu'ils suivent ce conseil, et, chez les mieux disposés, l'ivresse de la liberté reconquise leur fait oublier bientôt leurs meilleures résolutions.

Doit-on s'étonner dès lors qu'en ce qui concerne les délinquants anormaux, qui nous intéressent ici, le pourcentage des récidives soit très élevé ; d'après nos constatations, il peut être fixé à près de 70 0/0 pour les condamnés débiles d'esprit, psychopathes et dégénérés, qui, en raison de leurs tares, ont été placés dans les prisons ou sections pénitenciaires thérapeutiques — et ce, malgré les efforts déployés pour redresser leurs tares caractérielles et morales, pour guérir leurs troubles morbides ou leur toxicomanie.

Ce taux élevé des rechutes, précoces fort souvent, prend toute son importance si on le rapproche du chiffre des récidives pour l'ensemble des condamnés libérés en Belgique ; il oscille autour de 40 0/0, alors qu'en d'autres pays, il va de 50 à 73 0/0 ; pour la période décennale 1921-1930, il est descendu à 38,4 0/0. Ajoutons que le rendement de la prison-école lui est encore bien supérieur, puisque 70 0/0 des délinquants juvéniles, — dont les anormaux et les débiles ont été éliminés, il est vrai — qui ont pu bénéficier de son régime éducatif intensifié, ne sont pas retombés dans la délinquance durant les cinq premières années de leur vie libre.

Concluons : le régime actuel de libération des délinquants anormaux qui ont été condamnés en raison du peu de gravité de leurs tares mentales et qui ont été maintenus dans les prisons ordinaires, ou placés dans des quartiers thérapeutiques pénitenciaires, ne donne aucunement satisfaction et nous croyons que cette regrettable situation est à déplorer, non seulement en Belgique, mais dans tous les pays. Il faudrait, à défaut de peines de durée indéterminée pour les anormaux, subordonner leur mise en liberté à l'observance de certaines conditions, ainsi que la loi belge de défense sociale en a imposées pour les anormaux et les récidivistes.

Envisageons maintenant comment on libère les récidivistes internés en vertu de cette loi pour un terme maximum de 5 à 20 ans, et ce, après qu'ils ont subi la peine de prison qui leur a été infligée.

Précisons d'abord qu'au point de vue pénal et social, il s'agit de délinquants d'habitude qui, le plus souvent, se sont montrés totalement réfractaires à l'action éducative et intimidante de l'emprisonnement ; au point de vue anthropologique et psychiatrique, presque tous sont des anormaux, porteurs de tares biologiques héréditaires ou acquises, ainsi qu'en témoignent les résultats de l'examen auquel ils sont régulièrement soumis au laboratoire du S.A.P. attaché à l'établissement de défense sociale pour récidivistes.

Quelques indications criminologiques définiront mieux le groupe de ces délinquants éminemment dangereux au point de vue social et dont les chances de reclassement durable sont bien aléatoires ; notre statistique comprend 185 récidivistes dont l'internement a été effectué durant les années 1932-33-34-35, et ce, dans la grande majorité des cas, pour un terme maximum de 5 ans.

Au point de vue de l'âge, 15,5 0/0 ont de 21 à 30 ans ; 40 0/0 de 31 à 40 ans ; 24 0/0 de 41 à 50 ans ; 15,5 0/0 de 51 à 60 ans, et 5 0/0 de 61 à 70 ans.

Au point de vue de l'état-civil, 61 0/0 sont célibataires ; 12 0/0 sont veufs, mais souvent sans enfants ; 27 0/0 mariés, mais sans enfants dans la moitié des cas.

Notons que 39 sur 185 sont des enfants de justice ayant, en raison de leur délinquance précoce, été soumis à la juridiction du Juge des Enfants.

Dans la grande majorité des cas, il s'agissait de délinquants contre la propriété, de vols surtout ; quant au nombre de leurs condamnations, on relève, pour les 185 récidivistes, un total de 1.875 délits contre la propriété ; 256 contre les personnes ; 36 contre les mœurs et 236 autres délits ; en outre, ils subirent 103 condamnations militaires, 134 pour vagabondage et 96 pour ivresse.

Les enquêtes au sujet de l'hérédité familiale des 185 récidivistes internés en ces quatre dernières années ont révélé 41 cas de maladies mentales, 13 cas de suicide, 75 cas d'alcoolisme, 32 cas de tuberculose et 16 cas de grande mortalité infantile ; les ascendants et collatéraux de 14 récidivistes avaient un casier judiciaire ; dans 60 cas sur 185, soit le tiers, l'hérédité pathologique semble absente.

L'étude de leurs antécédents morbides personnels est tout aussi significative : 24 sujets seulement n'ont pas de passé médical important ; 112, soit près des deux tiers, sont des buveurs d'habitude et 14 ont prisé de la cocaïne. 51 ont contracté des maladies vénériennes dont 26 la syphilis ; 55 ont été atteints de maladies graves et 14 de troubles nerveux ou mentaux.

Il est à remarquer d'ailleurs que, sans exception, les récidivistes internés à Merxplas présentent un état plus ou moins prononcé de débilité d'esprit (74) ou de déséquilibre mental (111).

La fragilité de leur état psychique est mise en évidence par le nombre élevé de récidivistes, 33 ou 18 0/0 qui, au cours de leur internement, ont dû être placés en observation dans le service psychiatrique de l'établissement ; pour 9 d'entre eux, une mesure de collocation a été jugée nécessaire. Aucun cas de suicide ne s'est produit à Merxplas. Dix évasions ont eu lieu ; 8 internés ont été immédiatement réintégrés.

Quelles sont les conditions requises pour la libération à l'essai des récidivistes internés en vertu de la loi de défense sociale et quels ont été les résultats des mesures de l'espèce accordées au cours des quatre premières années 1932-1935 ?

Pour que sa demande de libération ou de congé (au début, la libération a été accordée d'emblée ; depuis octobre 1933, elle a toujours été précédée d'un congé ; aucune règle fixe ne préside à la prolongation des congés, à leur renouvellement ou à leur transformation en libération à l'essai) puisse être accueillie, l'interné doit faire partie du groupe de confiance, c'est-à-dire avoir, au cours des deux stades précédents, celui d'observation et celui d'épreuve, eu une bonne conduite et fait preuve d'activité soutenue dans le travail qui lui est imposé ; il faut aussi que ses dispositions morales soient excellentes et qu'il ait prouvé son désir de se réhabiliter et de vivre honnêtement.

Ces conditions étant réunies, le récidiviste obtient un congé de durée variable : une semaine à un mois ; on lui précise les conditions d'existence et de séjour auxquelles il devra se soumettre ; pendant ce temps, il devra généralement résider dans une des maisons d'accueil de l'Office de réadaptation sociale et se soumettre à une tutelle morale et, si nécessaire, à une surveillance psychiatrique (dispensaire d'hygiène mentale). Des rapports périodiques devront être adressés à la direction de l'établissement par la personne qui a assumé le contrôle du libéré ; en cas d'inconduite, d'ivrognerie ou de refus du travail, celui-ci sera ramené à la Colonie ; si le récidiviste donne toute

satisfaction et s'il travaille régulièrement, son congé sera transformé en libération à l'essai ; cette décision incombe au Ministre de la Justice, mais, s'il y a urgence, par exemple, en cas d'une proposition d'embauchage dans un atelier, la décision du Département peut être obtenue par téléphone. Détail intéressant : les libérations sont réalisées de préférence au début de la semaine et jamais le samedi ; on en comprend la raison.

Si le récidiviste ne trouve pas de travail régulier ou d'occupation stable, il doit rentrer à l'établissement à l'expiration de son congé, quitte à tenter un peu plus tard une nouvelle expérience de reclassement social ; il est intéressant de signaler que, parfois, le récidiviste en congé rentre avant le temps fixé, soit qu'il se décourage de ne pouvoir être embauché, soit qu'il craigne de retomber dans la délinquance, soit qu'il trouve préférable la vie régulière de l'établissement aux aléas d'une existence libre, fertile en déceptions et en privations physiques.

Quant à la mesure de libération à l'essai sans congé préalable, elle était prise dès que l'on pouvait nourrir un sérieux espoir de reclassement stable pour le récidiviste, étant assurées des conditions de vie régulière et laborieuse et, si possible, sa rentrée au foyer familial ou tout au moins sa réconciliation avec les siens.

Inutile d'ajouter qu'accordée à l'essai, la libération du récidiviste reste subordonnée tout le temps à un contrôle social, moral et médical effectif, auquel il ne peut se soustraire sans être réintégré à l'établissement ; il va sans dire aussi que s'il commet un nouveau délit, s'il retombe dans l'intempérance, s'il cesse de travailler, ou mène une vie déréglée, l'exposant à une nouvelle récidive d'actes délictueux, il serait ramené directement à l'institution de défense sociale. Depuis le 1^{er} août 1935, son règlement subordonne l'octroi d'une mesure de congé ou de libération à l'essai à un minimum d'internement ; il sera de 1, 2 ou 4 ans, suivant la durée de la mise à la disposition du Gouvernement du récidiviste : 5, 10 ou 20 ans.

Quels ont été les résultats des moyens mis en œuvre pour réadapter les récidivistes endurcis, les seuls que nous visons ici et dont nous croyons avoir démontré l'état de grave anomalie biologique, peu importe qu'elle soit acquise ou d'ordre constitutionnel ?

I. CONGÉS. — Du 2 octobre 1933 au 31 décembre 1935, 122 congés ont été accordés à 75 récidivistes en vue de faire un essai de reclassement et de leur permettre de chercher du travail ; 38 fois ils sont rentrés volontairement, quelques-uns même avant la date fixée ; 8 fois avec un certain retard ; 25 ont dû

être arrêtés pendant le congé pour s'être soustraits à la tutelle imposée ou pour inconduite. A noter que douze d'entre eux étaient retombés dans l'intempérance qui était le facteur essentiel de leur inadaptabilité sociale. Deux ont disparu et sont recherchés ; dans 28 cas, le congé n'était pas encore expiré ; 11 ont été incarcérés pour avoir commis un délit pendant le temps de congé ; enfin 6 récidivistes ont obtenu leur libération à l'essai pendant le congé ou à l'expiration de celui-ci. 4 sont libérés définitivement.

Ajoutons que 17 récidivistes ont bénéficié deux fois d'un congé ; 5 se conduisent bien et travaillent régulièrement, 10 sont rentrés dont 4 en retard et 1 plus tôt que la date fixée ; 2 ont été arrêtés pour vol. D'autre part, à 4 récidivistes ont été accordés trois congés successifs ; 2 sont rentrés volontairement chaque fois, faute de travail ; 1 s'est soustrait les trois fois à la tutelle imposée ; le dernier, rentré les deux premières fois, a commis un délit la troisième fois.

II. LIBÉRATIONS A L'ESSAI. — Au cours des quatre premières années, 26 libérations de récidivistes ont été accordées par le Ministre de la Justice, toujours à l'essai et à l'heure actuelle, aucun n'a obtenu sa libération définitive. Rappelons qu'aux termes de la loi belge de défense sociale, le récidiviste amendé peut introduire une requête en vue d'être relevé de la mise à la disposition du Gouvernement pour le terme d'internement restant à courir. C'est la Cour d'Appel qui est chargée d'en décider ; elle a statué dans un cas, rejetant la demande ; 4 autres requêtes ont été formulées, dont deux émanant de sujets libérés à l'essai et réadaptés ; étant donné que les rapports de la direction de l'établissement sont très favorables, il est vraisemblable que la Cour leur donnera satisfaction. Les deux autres requêtes, adressées par des récidivistes encore internés à Merxplas, paraissent devoir être rejetées.

Ajoutons que des 26 libérations à l'essai accordées à ce jour, 21 le furent sans congé préalable ; actuellement, le congé qui s'est passé sans incidents constitue la première étape de la libération.

L'application de la loi belge de défense sociale à l'égard des anormaux nous a aussi fourni une documentation de haut intérêt au point de vue qui nous occupe. Rappelons qu'en vertu de cette loi, les malades mentaux, les grands débiles de l'esprit et les anormaux atteints de déséquilibre mental grave, les rendant incapables du contrôle de leurs actes sont soustraits au régime

pénal répressif, auquel se substitue une sanction d'internement thérapeutique pour un terme maximum, dont la durée varie de 5 à 15 ans suivant la gravité de leur délit ou de leur crime ; cet internement prendra fin quand l'état mental du délinquant sera suffisamment amélioré pour qu'il ne constitue plus un danger social et quand des conditions de vie régulière peuvent lui être assurées. A ce moment, une libération à l'essai pourra lui être accordée, sous contrôle psychiatrique et une surveillance sociale effective, par un organisme administratif créé par la loi, la Commission de Défense sociale, qui est composée d'un magistrat, d'un avocat et d'un aliéniste des prisons ; outre les libérations d'anormaux dont elle aura à déterminer les modalités, il lui appartient aussi de décider s'il y a lieu de réinternier ceux qui se sont soustraits au contrôle imposé ou qui vivent dans des conditions, les exposant à la récidive ou bien encore ceux dont l'état mental s'est aggravé. On le voit, c'est tout le domaine de l'assistance et de la surveillance des anormaux mentaux qui est soumis à l'appréciation de ces commissions.

L'application de la loi belge du 30 mai 1930 constitue donc une expérience psychiatrique et sociale d'un intérêt considérable et il nous suffira d'analyser les résultats qu'elle a permis d'atteindre, en ces dernières années, pour déterminer en connaissance de cause comment doivent se concevoir et se réaliser la protection sociale et l'assistance des anormaux délinquants et criminels.

Précisons quelque peu la documentation statistique dont nous disposons.

Du 1^{er} janvier 1931 au 1^{er} juillet 1935, 2.855 demandes de libération ont été examinées par les Commissions ; dans la plupart des cas, elles étaient formulées par les internés ou ont été envisagées sur les instances de leur famille ; elle a été accordée à 806 anormaux, dont 89 femmes ; les autres requêtes ont été ajournées ou rejetées, soit plus des deux tiers ; remarquons que, dans un certain nombre de cas, les Commissions ont elles-mêmes pris l'initiative d'une mesure de libération ; quelquefois, les Directeurs des Etablissements de Défense sociale l'avaient suggérée.

Toutes ces libérations ont été ordonnées à titre d'essai, sous diverses conditions ; dans presque tous les cas, il s'agissait d'anormaux internés pour un terme maximum de 5 ans.

Question intéressante : à quelle époque ces libérations ont-elles eu lieu ? Dans 175 cas (dont 18 femmes), après un internement de courte durée à l'annexe psychiatrique.

En règle générale, pour les délits de peu de gravité, l'interné qui n'avait pas d'antécédents judiciaires, a été autorisé à quitter l'établissement de défense sociale au bout de 7 à 9 mois ; il en a été ainsi pour 260 internés dont 28 femmes ; ont été libérés au bout de 10 à 15 mois, 231 internés, dont 25 femmes ; de 16 à 24 mois, 174 dont 19 femmes ; de 25 à 30 mois, 94 dont 11 femmes ; et de 31 à 36 mois, 47 internés dont 6 femmes ; par contre, il est un certain nombre d'anormaux dont la libération ne pourra être envisagée d'ici longtemps, en raison de l'incurabilité de leur maladie ou de leurs tares mentales.

La libération à l'essai des anormaux internés est toujours subordonnée à un contrôle psychiatrique et social, dont les Commissions déterminent la durée et les modalités ; ces dernières, infiniment variées, s'inspirent des conditions spéciales de traitement et de séjour des internés anormaux. Ces conditions leur sont spécifiées par écrit, ainsi qu'à leur conseil, et dans certains cas, celui-ci a promis d'en surveiller l'exécution.

Le contrôle psychiatrique a été assuré dans le plus grand nombre de cas (517) — il s'agissait toujours d'indigents — par un dispensaire d'hygiène mentale ; 49 fois, il a été confié à une autre institution médicale, et 186 fois à un médecin. Des rapports rendant compte de ce contrôle et du traitement médical éventuel, doivent être régulièrement envoyés au Président de la Commission de défense sociale.

Le contrôle social et moral a été assuré généralement par les délégués des œuvres de patronage et de réadaptation sociale, ou bien encore par les auxiliaires sociales des prisons et des asiles ; dans 151 cas, des particuliers ou les patrons eux-mêmes ont accepté de s'en charger.

L'obligation du travail régulier — avec défense parfois de quitter, sans le consentement du tuteur, l'emploi ou l'atelier admis par la Commission — ou d'une résidence déterminée, constituèrent des conditions souvent imposées ; enfin l'abstinence totale d'alcool, avec interdiction de fréquenter les débits de boissons, a été exigée de tous les anormaux dont l'ébriété prédisposait au délit. D'autres conditions, plus spéciales encore, ont été fixées dans certains cas ; il serait trop long de les énumérer.

Ajoutons que, jusqu'à présent, 45 libérations définitives ont été prononcées, après une épreuve jugée décisive (36 hommes et 9 femmes) sur 981, soit 4,6 0/0 des anormaux libérés à l'essai et 3 0/0 des anormaux internés (1.478).

Les réinternements. — 203 des libérations (981) et sursis (175)

accordés par les Commissions en l'espace de 4 ans 1/2, soit 20 0/0, ont dû être révoqués avant le 1^{er} juillet 1935 (1).

Si l'on envisage les causes qui ont entraîné le réinternement des anormaux libérés à l'essai, on constate deux faits intéressants qui symbolisent, peut-on dire, l'esprit qui préside à l'application de la loi.

Si une certaine indulgence s'est manifestée dans les décisions de mise en liberté, à titre d'essai, des anormaux ayant des chances de reclassement social, et ne montrant pas de tendances dangereuses, les Commissions se sont montrées très énergiques pour révoquer ces mesures, chaque fois que l'interné se montrait indigne de cette faveur et vivait dans des conditions, l'exposant à une récidive. D'autre part, parmi les réintégrés, il n'en est aucun qui ait commis un homicide, et, sauf deux cas d'incendie, aucun délit grave.

Les causes qui ont amené le réinternement des anormaux libérés à l'essai se répartissent en trois groupes : le premier comprend ceux qui ont commis un nouveau délit, ayant donné lieu dans 8 cas à une instruction judiciaire et à un nouvel internement ; dans les autres, aucune poursuite n'a été ordonnée et l'anormal récidiviste a été simplement placé à l'annexe psychiatrique, à la disposition de la Commission de défense sociale.

I. Ce groupe comprend 106 cas, soit un peu plus de la moitié des réinternements ; leur analyse prouve que, dans le plus grand nombre de cas, il s'agissait de vols ou d'escroqueries ; dans 18 cas, de menaces ou violences ; dans 20 cas, d'actes immoraux ; dans 2 cas, d'incendie ; dans 6 cas, l'interné libéré avait été arrêté comme vagabond et eût dû être placé au dépôt de mendicité ; signalons enfin 4 cas de rupture de ban d'expulsion ; il s'agissait d'anormaux étrangers libérés, à la condition de ne plus revenir en Belgique.

II. Le second groupe comprend les 87 anormaux réinternés pour avoir contrevenu gravement aux conditions auxquelles était subordonnée leur libération.

Le plus souvent, c'est l'intempérance, l'oisiveté, la vie déréglée, qui ont provoqué le retour de l'anormal à l'établissement de défense sociale ; dans d'autres cas, ce fut simplement le fait de se soustraire au contrôle psychiatrique et social qui leur était imposé ; dans 9 cas, la réintégration a été déterminée par un

(1) Il est intéressant de rapprocher ce chiffre de celui des récidivistes ordinaires qui est voisin de 40 % ; à noter aussi que la moitié seulement des réinternements s'explique par un nouveau délit, soit dans 10 % des cas..

rapport médical, signalant que le malade libéré avait été repris de troubles mentaux inquiétants.

Notons enfin que 10 libérés, se trouvant sans ressources, ont demandé eux-mêmes leur réinternement pour ne pas devoir commettre de nouveaux délits.

Ajoutons qu'avant d'ordonner le réinternement d'un anormal au sujet duquel des rapports de contrôle défavorables ont été envoyés aux Commissions de défense sociale, mesure grave, en somme, celles-ci ont procédé à des enquêtes et entendu l'intéressé.

Dans certains cas, elles ont ordonné, à l'intervention du Procureur du Roi, le placement d'un anormal en observation à l'annexe psychiatrique de la prison, jusqu'à ce que sa situation ait pu être étudiée.

Les Commissions ont, dans 43 cas de l'espèce, estimé que cette sanction de réinternement provisoire pouvait suffire, et, après admonestation, elles ont remis l'anormal en liberté.

Dans une série de cas moins graves, telle la simple négligence de se présenter au contrôle médical ou social, les anormaux libérés à l'essai ont été convoqués à une séance de la Commission pour se justifier, et, après réprimande, ils ont été autorisés à rentrer chez eux.

Il n'est pas sans intérêt de compléter cette analyse comparative des méthodes d'assistance et de contrôle des anormaux criminels, libérés de la prison ou des établissements de défense sociale avec les principes qui régissent en Belgique la libération des aliénés et des vagabonds ; parmi les premiers, il en est plus d'un dont le trouble mental s'était traduit déjà ou eût pu se traduire par des actes dangereux ou antisociaux. Aussi de grandes analogies existent-elles entre la surveillance psychiatrique et sociale dont doivent être l'objet, au moment de quitter l'asile à l'essai, ces criminels possibles et celle des anormaux ayant été poursuivis pour des actes délictueux.

Quant aux vagabonds, un grand nombre d'entre eux sont tout autant des anormaux biologiques et sociaux que les délinquants ; d'ailleurs les récidivistes du vagabondage ont fréquemment aussi un casier judiciaire.

Les malades mentaux dont l'amélioration ou la guérison de leurs troubles permet d'envisager la sortie de l'asile, et ceux qui, sans être guéris, ont cessé d'être dangereux pour eux-mêmes ou pour leur entourage, sont généralement libérés à titre d'essai ; il appartient au médecin de l'asile de prendre cette

mesure et il en avisera les autorités communales (indigents) ou les familles qui ont provoqué la collocation du malade ; celles-ci auront à lui donner leur consentement par écrit.

Quoi qu'il en soit, des enquêtes préalables faites dans les asiles de l'Etat à l'intervention de l'auxiliaire social ont permis de réunir de bonnes conditions de réadaptation sociale pour l'aliéné, un travail régulier et, si possible, son retour dans sa famille.

Le malade mental, libéré à l'essai, sera placé sous le contrôle d'un psychiatre ou d'un dispensaire d'hygiène mentale et quelquefois aussi sous la surveillance d'un délégué des œuvres de patronage et de réadaptation des malades mentaux ; le médecin de l'asile leur enverra une note confidentielle sur le malade qui leur est confié ; en retour, ils devront lui envoyer trimestriellement un rapport.

Si aucun incident ne survient, et si l'amélioration de l'aliéné s'affirme, sa libération à l'essai sera prorogée tous les trois mois, et elle se transformera automatiquement en libération définitive au bout d'un an ; dès ce moment, le malade ne pourrait être réintégré à l'asile qu'à la suite d'un nouvel examen mental et après accomplissement des formalités légales de la collocation.

Ajoutons que l'arrêté royal du 13 mai 1930, qui règle cette question, fait un devoir au médecin de l'asile de s'enquérir de la conduite et de l'état mental du malade sorti à l'essai ; à cet effet, il aura recours aux auxiliaires sociaux diplômés.

Notons qu'en cas d'évasion d'un aliéné, si celui-ci n'est pas réintégré à l'asile dans le délai de six mois, il sera considéré comme libéré définitivement ; il n'en est pas ainsi cependant pour les aliénés criminels, inculpés ou condamnés, qui peuvent, en tout temps, être ramenés à l'asile.

Nous n'avons pu réunir malheureusement de documents précis au sujet de la fréquence et des causes de réinternements d'aliénés mis en liberté en ces dernières années ; bornons-nous à signaler qu'en 1934, sur une population de 23.221 malades mentaux, 1.436 ont été libérés à l'essai et 1.258 définitivement dans le courant de l'année.

Quant aux vagabonds qui, en Belgique, sont internés dans des colonies de bienfaisance, — le refuge à régime hospitalier (primaires) et le dépôt de mendicité à régime progressif (professionnels et dangereux) de Merxplas comptent actuellement environ 1.900 vagabonds et mendiants tandis que les femmes, au nombre de 165 en moyenne, sont internées à l'établissement de Saint-André-lez-Bruges — leur libération s'accorde suivant des règles administratives bien déterminées. Les colons du refuge

dont la mise à la disposition du Gouvernement a été prononcée par les tribunaux correctionnels ou les juges de paix pour un terme qui ne peut dépasser un an sont remis en liberté dès que la direction et ses collaborateurs officiels ou privés (œuvre de réadaptation sociale) ont pu leur assurer un travail régulier ; il y a plus : dès que, par leur activité à la colonie, ils ont pu réunir un pécule de 200 francs, ils *doivent* être libérés s'ils en font la demande et ce, malgré l'avis défavorable de la direction.

Quant aux vagabonds internés au dépôt de mendicité pour un terme déterminé — de 2 à 7 ans — ils peuvent être remis en liberté dès qu'un bon reclassement social a pu être obtenu pour eux, soit par l'auxiliaire social, soit par le service de réadaptation sociale. On n'a pas jusqu'à présent utilisé pour les vagabonds les mesures de congé préalable et de libération à l'essai qui donnent de si bons résultats chez les récidivistes internés.

Signalons qu'à la colonie de vagabonds fonctionne, sous la direction de deux aliénistes avertis, un service d'anthropologie pénitentiaire, disposant d'une annexe psychiatrique pour l'observation des cas mentaux ; à son intervention, tous les colons admis sont méthodiquement étudiés au point de vue médico-mental et social et un rapport permet de préciser, outre les indications de leur traitement, dans quelle voie leur reclassement a chance d'être réalisé.

Détachons, à titre documentaire, quelques conclusions que l'activité de ce service permet de formuler dans le domaine du vagabondage. D'après le Dr Cleen, qui a bien voulu nous les communiquer, les causes en sont nombreuses et complexes, variables suivant les individus, et son traitement doit être largement individualisé.

Un premier groupe de facteurs étiologiques du vagabondage est peu susceptible d'être influencé et, dans la grande majorité des cas, toute thérapeutique reste vaine : ce sont la débilité mentale prononcée, la psychopathie affirmée, l'alcoolisme chronique entraînant souvent une évolution dementielle, certaines formes de psychose et de névrose, les maladies et infirmités incurables, l'âge avancé, la délinquance d'habitude, etc...

Un second groupe d'éléments plutôt occasionnels permet d'exprimer un pronostic favorable ; ici le vagabondage est dû au manque de travail, au chômage saisonnier, à l'absence d'assistance, à la négligence du sujet, à une maladie dont la convalescence se prolonge, à l'ivresse accidentelle, à une dépression psychique passagère ou à une réaction émotive désordonnée, enfin à une désorganisation momentanée du foyer familial.

Au cours des années 1933-1934, 1.283 vagabonds ont été examinés à Merxplas d'une façon approfondie ; 487 ou 38 0/0 d'entre eux ont pu être libérés par décision ministérielle, dont 12 0/0 au bout de 3 à 4 semaines ; en outre, 5 à 10 0/0 de vagabonds ont pu se reclasser par leurs propres moyens. Le Dr Cleen estime que 45 0/0 des vagabonds internés à Merxplas n'y reviendront plus.

De l'ensemble des données d'observation psycho-sociale des diverses catégories de délinquants anormaux que nous venons d'analyser, peuvent être dégagés les principes qui doivent, à notre avis, régir leur assistance, tout en assurant la défense de la société à l'égard de leurs réactions criminelles.

L'expérience le démontre : pour que notre action soit efficace, il faut posséder d'une part la connaissance approfondie de leur état mental et de leurs dispositions de caractère, d'autre part une documentation précise sur les conditions de leur reclassement social ; sans ces deux éléments, tout effort de réadaptation d'un délinquant anormal à la vie régulière sera voué à l'insuccès ; car, nous l'avons établi, la libération des anormaux dangereux dépend tout autant du milieu dans lequel ils seront appelés à vivre que de l'amélioration de leurs tares mentales.

Comment bien connaître l'individualité psychique et caractéristique de l'anormal criminel dont on envisage le retour dans la société ?

Il est indispensable à cet égard de consulter le rapport psychiatrique qui, dans la plupart des cas, a été dressé au moment de son internement et où on aura précisé les conditions de son traitement ; tout aussi importants à connaître sont les résultats de son observation à l'établissement où il a été traité jusqu'au moment où se pose le problème de sa libération ; enfin il est désirable qu'à ce moment l'anormal fasse l'objet d'un nouvel examen, à défaut d'expertise psychiatrique, ayant pour objet de déterminer si ses troubles ou sa débilité d'esprit ont été suffisamment améliorés pour qu'il puisse, sans danger sérieux, être exposé aux difficultés et tentations de la vie sociale. Le difficile problème de sa dangerosité sociale devra être soigneusement étudié à ce moment ; en effet, dans quelle mesure un anormal, qu'il soit impulsif ou passionné, épileptique ou buveur, qui mène nécessairement à l'asile ou à l'établissement de défense sociale une vie régulière, paisible, à l'abri des toxiques et des causes d'excitation, et qui, pour ce motif, semble grandement amélioré ou guéri, verra-t-il son état favorable se maintenir s'il est brus-

quement transporté dans le régime parfois si dangereux pour lui de la liberté reconquise, dans un milieu social où les suggestions, les sources de conflits, les réactions passionnelles vont se multiplier sous ses pas ?

Connaissant bien son état mental, on pourra déterminer avec grande probabilité, si un anormal à réactions criminelles antérieures peut être libéré sans danger ; mais il faudra aussi que soient réunies les conditions requises pour qu'il puisse mener une existence paisible, laborieuse et honnête. Comment en acquerrons-nous la certitude ? A l'aide d'enquêtes sociales faites par des personnes qualifiées à cet égard par leurs connaissances techniques, leur expérience et leurs qualités de cœur et de caractère ; ce seront certes les assistantes sociales à qui l'on devra s'adresser de préférence et on conçoit difficilement qu'une prison moderne, un asile, un établissement de défense sociale pour anormaux puissent s'en passer.

A leur intervention on aura pu, déjà, au cours du traitement de l'anormal, étudier le milieu familial et social où il sera appelé à vivre en vue de le modifier si possible — si, dans le passé, il a exercé sur lui une influence fâcheuse et parfois nettement criminogène — ou de l'en éloigner si cette transformation ne peut être opérée.

Que si, au contraire, l'anormal peut rentrer dans une famille honnête, chez des parents qui ont les moyens de le surveiller, qui sont susceptibles d'avoir de l'autorité sur lui, et de le guider dans les moments critiques, il est hautement désirable qu'on l'oriente vers une telle solution et qu'on s'efforce de le réconcilier avec eux, si ses écarts antérieurs l'y ont rendu peu sympathique, voire indésirable.

Mais il ne suffit pas d'un bon milieu familial, il faut encore que l'entourage social soit favorable et que, notamment — ce qui est le cas pour beaucoup d'anormaux — il n'expose pas à l'intempérance ou au libertinage.

Enfin, troisième condition, il est nécessaire pour divers motifs dont nous ne retiendrons que son action favorable au point de vue mental, que l'anormal ait une occupation régulière, un travail adapté à ses possibilités physiques et techniques, travail enfin suffisamment rémunéré pour assurer son existence matérielle.

Certes la vie de plein air, le travail agricole lui conviendraient plus particulièrement, mais son reclassement peut, si nécessaire, être trouvé dans les centres urbains.

On ne saurait assez y insister, la recherche d'un milieu social

et familial favorable constitue tout autant que le traitement médico-pédagogique de l'anormal la condition indispensable de sa libération. Que de rechutes à déplorer chez des sujets guéris ou sérieusement amendés parce qu'ils n'ont pas trouvé, lors de leur sortie, un foyer sûr et une occupation régulière.

Mais, malgré le zèle des auxiliaires sociaux, des délégués des œuvres de patronage et de réadaptation, des directeurs d'établissement, il arrive trop souvent, surtout dans les périodes de crise économique, que l'on ne puisse réunir pour l'anormal ces conditions favorables de reclassement ; il importe surtout en cette matière de se garder d'un optimisme facile ou d'une crédulité dangereuse.

Avides de recouvrer leur liberté, les anormaux internés n'hésitent pas à affirmer qu'ils possèdent des moyens d'existence, que des membres de leur famille sont prêts à les recueillir et à les surveiller, qu'un ancien patron s'engage à leur donner du travail régulier et bien rémunéré ; trop souvent, pour leur être agréable, des parents ou des amis corroborent leurs assertions et assument une responsabilité qu'ils s'empresseront d'ailleurs de décliner dès que l'anormal aura été mis en liberté.

D'autre part, il faut le reconnaître, la qualité d'anormal ayant été condamné ou interné est une médiocre recommandation pour celui qui sollicite du travail et elle constitue souvent la cause principale de l'échec de ses démarches. Est-on en droit d'ailleurs de laisser ignorer sa situation à son futur employeur ? C'est là un problème grave et parfois insoluble, car la discrétion qui, à première vue, paraît s'imposer, entravera singulièrement la surveillance morale et le contrôle médical qui devront en toute hypothèse être imposés au libéré. Aussi, chaque fois que la chose sera possible, vaudra-t-il mieux instruire de son passé le futur patron d'un délinquant anormal et même lui demander sa collaboration pour l'œuvre qui, peut-être, s'annonce difficile, de sa réadaptation ; si ce devoir social le tente, ce serait la meilleure garantie de son succès.

La collaboration personnelle de l'anormal jugé libérable sera souvent nécessaire pour lui procurer du travail et que lui répondre s'il objecte ne pouvoir en trouver parce qu'il lui est impossible de se présenter au patron susceptible de l'embaucher ; et que dire à l'employeur désirant, avant de l'engager, voir personnellement l'ouvrier et juger de ses capacités physiques ou techniques ?

C'est ainsi que l'on a été amené dans les divers établissements de traitement des délinquants anormaux à diverses mesures,

permettant de les mettre directement en rapport avec leur futur patron.

Deux nous paraissent à l'expérience particulièrement recommandables. La première, à laquelle ont eu surtout recours les Commissions de défense sociale à l'égard des anormaux, consiste à autoriser leur séjour pendant deux à quatre semaines dans une annexe psychiatrique des prisons, en vue d'aller chercher du travail. Pendant plusieurs heures de la journée, l'anormal sera autorisé à sortir en vue de se présenter à la Bourse du Travail ou à un patron, voire de se rappeler au souvenir de ses parents, amis ou camarades d'atelier ; il reviendra à l'établissement pour les repas et la nuit.

On pourra d'ailleurs entourer cet essai de liberté momentanée de restrictions plus ou moins sévères, à abandonner si l'anormal s'en montre digne : limitation du temps des sorties, indication des démarches à faire, les borner à un périmètre, interdire toute fréquentation de débits de boissons, et surtout toute fréquentation d'autres internés ou de condamnés. On pourra aussi faire accompagner l'anormal — pour les femmes ce sera souvent indispensable — par une auxiliaire sociale, un délégué des œuvres d'assistance, voire par un membre du personnel de l'établissement ; il va sans dire qu'ils s'acquitteront de leur tâche délicate avec tact et discrétion.

Si l'anormal rentre avec une promesse d'engagement, ou de travail, celle-ci sera contrôlée avec prudence chaque fois que la chose est possible.

Est-ce à dire que ces sorties autorisées et surveillées n'offriront pas d'inconvénients ? Celui d'évasion est le plus important, avec ou sans tentatives délictueuses ; l'ébriété en est un autre ; des conflits familiaux avec menaces ou parfois violences sont à craindre ; enfin des réactions sexuelles doivent être envisagées de la part d'adultes, internés depuis plusieurs mois.

Nous avons tenu à signaler ces inconvénients et dangers des sorties journalières autorisées, par souci d'impartialité ; les expériences que nous avons pu faire à Bruxelles nous ont prouvé qu'ils ne sont pas illusoire ; il faut éviter surtout la rencontre au-dehors d'internés ou détenus bénéficiant en même temps de cette autorisation ; aussi a-t-on décidé sagement à Bruxelles de ne plus en laisser sortir plusieurs aux mêmes heures.

Dans 90 0/0 des cas, aucun incident sérieux n'a été observé, à condition de ne pas prendre au tragique un léger retard à l'heure de rentrée ; dans 60 0/0 des cas, du travail a pu être obtenu au bout de 8 à 15 jours ; dans 20 0/0 des cas, les démar-

ches prolongées pendant un mois sont restées vaines et l'anormal a été renvoyé à l'établissement jusqu'à ce qu'une nouvelle tentative puisse être faite.

L'extension de la mesure des sorties autorisées en vue de chercher du travail mène à les prolonger pendant un jour ou deux, à les autoriser en province, à permettre à l'anormal de séjourner quelques jours dans sa famille, enfin à résider une semaine dans une des maisons d'accueil (1) que l'œuvre de réadaptation sociale a créées dans les grandes villes de Belgique ou dans une maison similaire, dépendant d'œuvres philanthropiques ou de l'Armée du Salut.

Nous arrivons ainsi à la seconde mesure adoptée pour permettre à un anormal délinquant de chercher du travail : le congé proprement dit ; il a surtout été utilisé à l'établissement de défense sociale pour récidivistes et dans quelques asiles d'aliénés. Ce congé s'accorde pour quelques jours ou semaines, rarement pour plus d'un mois, mais il peut être prolongé si le sujet a trouvé du travail et se conduit bien ; en cas d'échec, il peut être renouvelé à une époque plus favorable.

Inutile d'ajouter que l'octroi de ces congés est subordonné à des conditions nettement précisées et dont l'exécution est surveillée, de résidence, d'occupation, de sobriété, etc.

Ici encore, les mêmes inconvénients que nous avons signalés pour les sorties sont à craindre. Au cours de ce travail, nous avons montré les résultats de leur expérience à Merxplas, mais nous répéterons à cet égard ce que nous avons déjà dit : ces difficultés et inconvénients sont secondaires en présence du but poursuivi ; il vaut mieux s'y exposer que de se confiner dans une abstention trop prudente et stérile, qui n'est pas sans danger au point de vue de l'état mental des anormaux.

Nous nous excusons de l'ampleur avec laquelle nous avons exposé les divers aspects du délicat problème de l'étape de préparation à la réadaptation sociale des délinquants anormaux jugés libérables, parce qu'elle est capitale à notre sens ; nous

(1) Ces maisons d'accueil constituent une initiative particulièrement heureuse ; elles permettent aussi l'hospitalisation de nuit pour les miséreux et vagabonds occasionnels, les étrangers sans ressources. Leur régime est de semi-liberté. Les anormaux y trouveront une chambrette convenable, une nourriture substantielle, des installations d'hygiène corporelle, un réfectoire spacieux, une bibliothèque, une salle de distraction et, par-dessus tout, une atmosphère sympathique et morale qui donne à leur assistance un caractère presque familial. Dès qu'ils le peuvent, les pensionnaires ont à s'acquitter du prix de leur séjour. L'œuvre accorde aussi des vêtements, outils, livres techniques dans les cas intéressants.

pourrons être brefs pour l'étape de réalisation de leur reclassement car nous avons eu l'occasion déjà — en parlant de l'organisation du contrôle médico-psychiatrique, social et moral des anormaux libérés à titre d'essai après un internement ordonné en vertu de la loi belge de défense sociale — d'en exposer les modalités et les résultats.

Rappelons que leur libération devra toujours se faire à titre d'essai et être subordonnée à des conditions — formulées avec précision et remises par écrit aux intéressés et à leurs défenseurs ainsi qu'aux personnes chargées de leur contrôle médical et social — d'existence régulière, de résidence, de travail et de sobriété ; s'y ajoutent dans chaque cas, les conditions spéciales que justifient la vie antérieure et la nature des crimes ou délits commis par l'anormal, telle pour l'exhibitionniste, la défense de sortir seul ou de se promener dans un parc public ou aux abords des écoles, où il avait coutume de se livrer à ses gestes immoraux.

La surveillance psychiatrique de l'anormal libéré sera confiée à un dispensaire d'hygiène mentale ou à une institution médicale, s'il est indigent, à un médecin choisi par sa famille, si elle peut en assumer les frais ; le contrôle social et moral sera assuré par les délégués des œuvres philanthropiques, à leur défaut par les auxiliaires sociaux, voire par des particuliers, prêtres, instituteurs, juges de paix, patrons, avocats, etc., si des raisons spéciales recommandent leur choix.

Chose indispensable, des rapports réguliers, fréquents au début, devront être envoyés aux Commissions, Directions et médecins qui assument la responsabilité de diriger le traitement de l'anormal libéré et celle très lourde surtout de décider de son réinternement, s'il s'impose par l'aggravation de son état mental, la récidive de délits, son inconduite, son inaction, son intempérance, etc.

Il est indispensable qu'en cette matière une grande fermeté s'allie à une non moins grande bienveillance ; c'est à cette seule condition que seront pleinement réalisées à la fois l'assistance des anormaux délinquants et la défense de la société contre la récidive de leurs réactions dangereuses.

LE REGIME DES ALIENES CRIMINELS ET DELINQUANTS EN ANGLETERRE ET EN ECOSSE ⁽¹⁾

PAR

MADELEINE DEROMBIES

(Suite et fin)

La loi anglaise relative aux criminels et délinquants anormaux est très nette.

Si la personne est aliénée, elle est irresponsable et envoyée dans un asile selon les différentes procédures que nous avons vues. Elle reste le plus souvent jusqu'à sa guérison sous l'autorité judiciaire.

Si elle est arriérée mentalement ou moralement, elle est également irresponsable (pas de verdict) et traitée dans des institutions spéciales. Remarquons que la définition anglaise de l'arriéré moral (amendement 1927), permet de faire rentrer légalement dans la catégorie des irresponsables, nombre des pensionnaires de nos asiles pour aliénés difficiles, qui y sont détenus en violation de la loi française, et de les tenir séparés de la société. Il n'y a pas de responsabilité atténuée, formule vaine puisqu'elle ne correspond à aucune solution pratique. Ceux que nos experts déclarent à demi-responsables, et qui, en tous cas, bénéficient en France, à tort ou à raison, de circonstances atténuantes et de peines légères, en raison de leur état mental subnormal, n'échappent pas à la vigilance du législateur. Tout en les laissant à la répression pénale, la loi anglaise prévoit pour ce groupe, « à la frontière de la normalité », « The Social Problem Group », des

(1) Voir *Annales Médico-psychologiques* (février 1937, page 202, et mars 1937, page 400).

dispositions spéciales qui le cernent de toutes parts et un grand effort est fait en sa faveur avant que son exclusion définitive de la société soit prononcée.

Les tendances actuelles du système pénal

Depuis longtemps on s'est aperçu en Angleterre de l'échec d'un système pénal fondé uniquement sur l'idée de répression du crime ; les délinquants étant comparés d'une manière pittoresque à ces figurants qui, dans les petits théâtres, représentent l'armée et reviennent sans cesse, toujours les mêmes, sur la scène. Des tendances nouvelles se sont fait jour qui peuvent être groupées sous quatre chefs :

1) attention plus grande apportée par les magistrats aux investigations psychiatriques, position importante détenue par les médecins des prisons, parfois eux-mêmes directeurs, qui sont en liaison constante avec les Cours ;

2) dispositions de la loi organisant la prison préventive pour les récidivistes et criminels habituels (1908) ;

3) organisation d'un système très étudié d'aide sociale appliqué aux délinquants dignes d'intérêt (Probation Act., 1907), et à tous les condamnés sortant de prison (After Care) ;

4) concentration de l'attention sur les criminels juvéniles (16 à 21 ans), par application du système Borstal (1908).

Ces dispositions reflètent plus ou moins le légitime souci du législateur et du magistrat de punir le criminel, plutôt que le crime, partant, de donner au coupable quelque chance de ne pas récidiver.

I. LES INVESTIGATIONS PSYCHIATRIQUES DANS CERTAINES PRISONS.

(BRIXTON, WORMWOOD SCRUBS)

Les prisons anglaises sont sous le contrôle des commissaires des prisons (médecins, psychiatres et magistrats), dirigés par le secrétaire d'Etat (Home Office), qui est responsable de son administration devant le Parlement. Elles sont spécialisées. Il existe, dans les grands centres tout au moins (Londres, Birmingham, Manchester, etc...), de véritables quartiers psychiatriques non prévus par la loi, mais résultant de son application (sec. 3 et 4, loi 1884, sec. 9 de la loi de 1913), où les cas douteux sont minutieusement observés.

Brixton, prison de Londres, réservée aux adultes condamnés pour dettes, en offre un intéressant spécimen. Une partie de cette prison a été affectée à la création d'un quartier d'observation psychiatrique où sont envoyés, par décision des Cours avant le jugement les inculpés dont on a quelques raisons de penser qu'ils ne sont pas sains d'esprit. Celle-ci se compose de quelques cellules meubliées avec un certain confort et de deux petits dortoirs de chacun 12 et 18 lits. Certaines cellules, sans lit, sont réservées aux épileptiques, d'autres capitonnées, aux cas très rarement vus ici de *délirium tremens* ; une autre, à double paroi, est réservée aux agités.

Les individus qui y sont admis conservent leurs vêtements et leurs objets personnels, le travail est recommandé mais non obligatoire, ils peuvent participer aux exercices de gymnastique organisés pour eux dans les cours. Le régime alimentaire, bien supérieur à « l'ordinaire de la prison », peut être transformé en régime lacté si le médecin le juge bon. Ils doivent s'y sentir à l'aise et autant que possible on cherche à exclure de ce lieu l'idée d'emprisonnement. L'observation est ainsi facilitée. Les récidivistes y sont soigneusement séparés des « primaires ». Les surveillants ont tous le diplôme d'infirmiers et consignent, de jour comme de nuit, leurs observations sur des cahiers spéciaux.

Après 8 jours d'observation, le médecin réunit ses notes et celles des infirmiers en un rapport qui sera remis au juge. Trois cas peuvent se présenter :

1) L'inculpé est déclaré aliéné ou arriéré avant le jugement. Il est alors transféré, par ordre du secrétaire d'Etat, dans un asile ou une institution spéciale, après établissement des certificats prescrits par la loi.

En cas d'arriération, si le médecin ne peut démontrer qu'elle existait avant l'âge de 18 ans, il sera tenu compte de son avis par la Cour, le juge modifiant alors la condamnation.

2) Si l'inculpé relève d'une Cour de juridiction sommaire, il peut être acquitté, ou, si l'offense est minime et l'état mental anormal, on l'acquittera, mais à condition d'être envoyé comme *voluntary patient* (malade non certifié) dans un asile ; ou bien condamné ; ou encore renvoyé en prison jusqu'aux assises pour plus amples informations sur l'état mental.

3) Si l'accusé relève d'une Cour d'assises, il reste en observation 8 jours, parfois un mois ou deux, si le cas paraît difficile, mais jamais davantage. Le médecin de la prison témoigne comme expert à la Cour, son témoignage étant presque toujours

considéré comme irréfutable. Si la question de l'aliénation n'est pas soulevée par la défense, son devoir sera de la soulever ou au contraire de combattre, si tel est son avis, le témoignage d'experts engagés par la défense qui voudraient démontrer, à tort, l'existence de l'aliénation. Il existe donc un contact permanent entre magistrats des Cours et médecins des prisons avant le jugement.

A côté de ce quartier d'observation pour inculpés, il en est un autre pour condamnés où l'on envoie systématiquement : ceux qui ont paru anormaux par leur attitude, les condamnés pour crimes et délits sexuels, les récidivistes dans le même délit, les incendiaires, les condamnés pour chantage et lettres anonymes, les condamnés pour lesquels la question de l'aliénation a été soulevée sans succès par la défense. Ceux-ci sont soumis au régime pénitentiaire et au travail obligatoire, mais ils couchent dans des cellules spéciales ; les gardiens sont des infirmiers chargés de tenir un cahier de rapport ; les médecins de la prison ont de fréquents entretiens avec eux, leurs observations peuvent aboutir, le cas échéant, à l'établissement d'un certificat d'aliénation ou d'arriération et à un transfert.

Wormwood Scrubs, est sans nul doute la plus intéressante des prisons de Londres et son fonctionnement illustre bien les tendances modernes actuelles. Elle comprend, dans son enceinte, trois zones strictement séparées : — une partie est réservée aux prisonniers adultes, primaires (condamnations de moins de 3 ans) ; — une autre aux jeunes garçons de 16 à 21 ans, envoyés par la Cour pour observation avant le jugement ; — une troisième est réservée aux jeunes garçons de 16 à 21 ans condamnés à une prison Borstal, avant leur répartition dans ces institutions, et à ceux, du même âge, subissant de courtes peines.

L'endroit, comme on le voit, est propice aux expérimentations. La partie médicale est assurée par le Dr Young, aidé de deux assistants, tous psychiatres, et par un quatrième médecin dont nous reparlerons, ceux-ci assurent, dans l'investigation de la criminalité, un travail considérable ; leur étude porte surtout sur les jeunes garçons envoyés par les Cours, avant le jugement, et restant là, 8 jours environ, en observation. 3.000 cas et plus sont examinés par an. Au point de vue physique, pour découvrir quelque anomalie, quelque cause d'infériorité, systématiquement on mesure : le poids, la taille, le tour de poitrine, la capacité spirométrique, pour constituer le test de la « vital capacity » (10.000 cas en 5 ans). Ils sont, de plus, mis en observation psy-

chiatricque constante, les gardiens ne sont pas des infirmiers, mais ils sont entraînés à fournir des renseignements complets.

L'idée courante que les délinquants qui se sont faits « pincer » sont en majorité des débiles, n'est pas vérifiée à Wormwood Scrubs. Chaque jeune garçon y est en effet soumis à l'épreuve des tests mentaux. Ce sont, pour les besoins de la cause : les *Columbian tests* qu'on emploie, car ils offrent l'avantage d'être écrits et de pouvoir être exécutés par un grand nombre de sujets à la fois ; ils donnent un résultat exprimé en pourcentage, et l'on peut dire que, normalement, on obtient 60 à 65 % ; 70 à 85 % équivalent à un niveau supérieur. Jamais, il n'est atteint 100/100. Les cas dont le pourcentage est inférieur ou égal à 45 % sont soumis à un examen plus approfondi : c'est la méthode Binet et Simon adaptée par Stanford à l'Angleterre, qui est alors appliquée, si l'on fait le diagnostic d'arriération, un certificat est joint au dossier.

Pendant que les médecins poursuivent cette œuvre d'observation, qui aboutira à un rapport donné à la Cour, un autre groupe se met à l'ouvrage : c'est l'œuvre sociale. Créée par des « bénévoles », cette œuvre remarquable a pour but une enquête sociale serrée et rapide sur tous ces jeunes garçons. Une directrice, aidée de 13 assistantes qui, suivant leurs aptitudes et le crime en cause, seront réparties sur tout le territoire de Londres, établira un rapport complet sur les circonstances sociales du crime, et conclura prudemment (le juge n'aimant pas qu'on empiète sur ses fonctions), en indiquant la solution qui lui paraît la plus favorable : mise en sursis surveillé, condamnation à une peine légère, ou condamnation à la détention dans une institution Borstal. De 1930 à 1935, on a fait 4.000 enquêtes sociales sur les jeunes inculpés, auprès des familles, des écoles, des employeurs, de l'entourage, de la police. Muni de tous les renseignements médicaux et sociaux, qui doivent lui être remis en l'espace de 8 jours, le juge statuera.

Le rapport qui est remis à la Cour le sera également au Directeur de l'Etablissement Borstal, s'il y a condamnation ; au chef de la maison à laquelle sera affecté le délinquant dans cet établissement, et même à l'association de l'After Care s'occupant des prisonniers libérés.

En plus, les juges ont l'habitude de demander des rapports médicaux sur les jeunes garçons condamnés de la section 3, mais ils négligent d'envoyer les circonstances et attendus de la condamnation, ce qui, on le conçoit, ne simplifie pas les choses. 700 rapports environ, par an, sont adressés par les médecins.

saux juges, dans le but sans doute d'établir un dossier en vue des condamnations ultérieures.

La deuxième partie, réservée aux prisonniers subissant leur première condamnation, est le champ d'un égal travail médical.

Comme à Brixton, certains délits sont sélectionnés et mis automatiquement en observation : les tentatives de suicide (en Angleterre, le suicide manqué est un crime, le suicide réussi confère l'irresponsabilité et le pardon dus à l'aliénation), les toxicomanes, les incendiaires, les homosexuels et tous les anormaux sexuels sont examinés physiquement et mentalement, dans le but de découvrir la tare psychique.

Sur 800 cas examinés, onze condamnés ont été trouvés aliénés et transférés dans les asiles locaux, et cinq autres arriérés.

Les subnormaux sont transférés à *Parkhurst*, dans l'île de Wight, où le seront également, nous l'avons vu, les débiles à la limite, condamnés à mort, auxquels le secrétaire d'Etat a fait grâce en raison de l'incertitude planant sur leur état mental, ainsi que les infirmes physiques.

A Wormwood Scrubs une expérience d'un autre genre a été tentée. Depuis deux ans, un psychiatre spécialement désigné par le Home Office, expérimente ce que vaut la psychothérapie sur les délinquants condamnés et spécialement sélectionnés parmi les cas les plus favorables ; parfois, on les transfère, dans ce but, des prisons locales à Londres. Il s'agit de condamnés, et il reste bien entendu que les résultats des investigations médicales quels qu'ils soient, n'influeront en rien sur l'accomplissement de leur peine, car tout travail scientifique deviendrait impossible, et les difficultés rencontrées par le médecin sont déjà suffisamment nombreuses : pour qu'un pareil traitement soit entrepris avec quelque chance de succès, il est nécessaire que le condamné ait la ferme intention de se débarrasser de ses tendances criminelles, or, la plupart de ces individus regrettent sincèrement les conséquences fâcheuses de leur acte, mais non l'acte lui-même capable de leur procurer un certain agrément. Le remords sincère n'est pas souvent leur fait. De plus, le traitement psychothérapique n'est, la plupart du temps, envisagé par ces prisonniers « repentants » uniquement comme une façon sinon agréable, du moins singulière, de passer son temps, et de pouvoir, « coupant aux corvées », s'étendre enfin sur un bon lit... Enfin, et pour faire une objection plus sérieuse, le médecin se heurte souvent à une méfiance assez naturelle qui tarit les confidences nécessaires à la poursuite du traitement. Certaines vérités, qu'il est seul à connaître, condamnations antérieures, autres crimes ignorés de

la justice, ne sont pas, et cela se conçoit, aisément confessés par le malade.

Néanmoins, en dépit de toutes les difficultés accumulées sur sa route, le Dr W.-H. de B. Hubert, désigné par le gouvernement et n'appartenant pas au cadre des prisons, poursuit courageusement sa tâche. La méthode employée est celle d'une psychanalyse assez superficielle. Il lui serait difficile de faire autrement étant seul, et les périodes de détention à Wormwood Scrubs n'étant jamais de très longue durée il doit se hâter. Une cinquantaine de cas ont été explorés depuis deux ans et suivis par les visiteuses sociales après libération avec l'assentiment du prisonnier. Il est trop tôt pour conclure, mais on peut dire que, parmi les cas traités, il n'y a pas encore eu de rechute et ces résultats paraissent encourageants.

En tous cas, l'expérience vaut la peine d'être tentée. Elle montrera les limitations et les possibilités de la psychothérapie chez les condamnés, le traitement étant, de quelque façon qu'on l'envisage, préférable à la thérapeutique des bras croisés.

II. DISPOSITIONS DE LA LOI ORGANISANT LA PRISON PRÉVENTIVE POUR LES RÉCIDIVISTES ET CRIMINELS HABITUELS

(Section 2 du « *Prévention of Crime Act 1908* »)

Toute personne déjà condamnée trois fois pour crime et sous le coup d'une nouvelle condamnation à la servitude pénale (plus de 3 ans d'emprisonnement) peut être déclarée « criminelle récidiviste » par la Cour et être condamnée à une peine supplémentaire de prison préventive. Celle-ci n'étant jamais inférieure à cinq années de prison, ni supérieure à 10 ans. La prison préventive est moins pénible que la prison ordinaire, le travail, plus agréable, est rétribué, le régime est meilleur. La libération peut s'effectuer conditionnellement avant l'expiration de la condamnation, si le directeur de la prison pense qu'il y ait des probabilités pour que dorénavant il n'y ait pas de récidive. Il faut, en outre, qu'un Comité de juges inspecteurs la propose. Pour une condamnation à 5 ans, la libération peut s'obtenir par exemple après 3 ans 1/2, dans les très bons cas, et après moins de 4 ans 1/2 dans les cas moyens. Une fois libérés conditionnellement, les condamnés restent sous le contrôle de l'autorité des prisons et peuvent être réintégrés sans formalités si les conditions de la libération ne sont pas remplies.

De cette loi en vigueur depuis 1908, il a été fait un usage très

modéré par les magistrats anglais. Ils reculent peut-être devant le fait de passer deux condamnations pour un seul crime (une de servitude pénale et une de prison préventive). Si 178 condamnations à la prison préventive ont été prononcées en 1910, leur nombre diminue peu à peu dans les années qui suivent, pour se stabiliser autour de 30 pour chacune des dix dernières années. Cependant, cette loi portait en elle les germes de tout ce qui fait la vigueur de la loi dite de « défense sociale », appliquée depuis 1930 en Belgique. La condamnation n'y est plus proportionnée au crime, mais à la criminalité du sujet et la libération est accordée sur ses possibilités d'amendement. A ce propos, on se demande comment il est possible d'apprécier en prison, où aucune tentation ne surgit, le degré d'amendement d'un condamné.

Le « departmental committee », qui se réunit en 1932 pour étudier cette question, propose une formule nouvelle : les cas les moins désespérés subiraient une condamnation à la prison préventive de deux à quatre ans qui ne se réduiraient pas à une période d'emprisonnement pur et simple comme actuellement, mais qui seraient aussi une période de rééducation progressive (cette méthode, appliquée actuellement dans les institutions Borstal, consiste à donner au sujet une liberté croissante, afin de mieux juger de ses progrès). Le condamné gagnerait ainsi lui-même sa libération par une participation active à sa rééducation. Des spécialistes en psychothérapie seraient attachés à ces établissements et seraient chargés de l'examen et du traitement. Pour les autres cas, moins favorables, il y aurait une condamnation de 5 à 10 ans purement ségrégative, moins pénible que la prison.

III. ORGANISATION LÉGALE D'UN SYSTÈME D'AIDE SOCIALE AUX DÉLINQUANTS DIGNES D'INTÉRÊT ET AUX PRISONNIERS LIBÉRÉS

Pour les prisonniers libérés, c'est la constitution d'une société « d'after care » ; malgré son admirable organisation, elle est trop loin du sujet de notre étude pour en parler ici.

L'aide sociale au « délinquant digne d'intérêt » nous retiendra davantage, car, si le délinquant peut être digne d'intérêt, par suite des circonstances sociales exceptionnellement malheureuses, il peut l'être aussi, par suite de certaines tares mentales pathologiques qui forcent l'indulgence du magistrat à condition toutefois que le sujet soit reconnu amendable. C'est la réplique heureuse, sans le mot, de notre responsabilité atténuée.

Le « Probation of offenders Act, 1907 », prévoit trois diffé-

rentes méthodes d'acquittement des inculpés : l'acquittement pur et simple, la mise en sursis sans contrôle, la mise en sursis surveillé pendant une certaine période.

C'est la troisième de ces méthodes que désigne plus particulièrement le terme « Probation », et qui, appliquée depuis 1907, de plus en plus largement, a donné à l'Angleterre, vis-à-vis de ses délinquants et criminels, ses plus beaux succès. Théoriquement, elle s'occupe de ceux qui ont commis des délits de gravité mineure. Soucieuse d'éviter au délinquant primaire le danger de la contagion existant dans les prisons, elle permet à la Cour d'acquitter au lieu de condamner, mais à condition que l'accusé s'engage volontairement à se remettre sous le contrôle d'un officier de la Probation, qui agira vis-à-vis de lui, comme un conseiller et ami, et fera un rapport sur sa conduite au magistrat. Que les conditions de cette liberté surveillée ne soient pas remplies, ou qu'un nouveau délit soit commis, l'assusé sera ramené devant la Cour; celle-ci pourra ordonner que la peine suspendue soit alors exécutée.

Tout le succès de la méthode tient à deux conditions : d'une part, il doit y avoir engagement sincère de l'accusé à profiter de cette chance de pardon qui lui est donnée; d'autre part, la valeur des Officiers de la Probation doit être indiscutable. Si ces conditions n'étaient pas remplies, la Probation équivaldrait à une assurance pour le délinquant qui commet une première faute de ne pas être condamné.

C'est dans les œuvres religieuses qu'il faut rechercher l'origine de la Probation : chaque confession déléguaît auprès des Cours, des volontaires qui prenaient en charge les délinquants intéressants et s'engageaient à les surveiller (Police Court Missionnaires : anglicans, catholiques, israélites, etc...). Cette pratique se révéla si excellente, qu'actuellement, tout en laissant aux Eglises leurs délégués après des Cours, le gouvernement a créé un corps de fonctionnaires rétribués et spécialement instruits, d'une valeur exceptionnelle, pour prendre sous leur direction les personnes placées en « probation ».

Le travail de ces officiers est de deux sortes : d'une part, l'investigation sur les causes sociales de la délinquance, d'autre part et surtout, le contrôle des cas qui leur sont confiés. L'investigation consiste en une enquête sociale rapide (telle qu'elle est faite à Wormwood Scrubs, par exemple) sur les accusés avant jugement. Les officiers ont, pour cela, accès dans toutes les prisons où les Cours les délèguent. Ils font un rapport écrit qui sera lu à haute voix ou qui sera transmis confidentiellement

au juge, s'il y a avantage à ce que le délinquant n'en prenne pas connaissance. Il en sera presque toujours tenu compte dans le jugement.

Mais le contrôle est leur véritable travail. Quand la Cour décide qu'un délinquant sera mis en Probation, c'est l'officier qui lit l'ordre au condamné, lui en explique les conditions et recueille son acquiescement. Un ordre de mise en liberté surveillée n'est jamais donné pour une période inférieure à 12 mois, ni supérieure à 3 ans. Les conditions en sont des plus variées : interdiction de boire, changement de résidence, de travail, cessation de certaines fréquentations, et surtout, engagement de se faire soigner dans une clinique spécialisée. C'est l'officier qui doit veiller à ce que ces conditions soient exécutées, et qui adressera des rapports périodiques à la Cour, renseignant sur la conduite et les progrès de celui qui lui a été confié. S'il y a récidive ou non exécution des conditions, c'est sur un nouveau rapport de l'officier que le délinquant sera ramené à la Cour, et sera, soit remis en probation avec changement des conditions de la libération, soit condamné pour l'ancien délit et le nouveau s'il y a lieu.

Les magistrats comptent beaucoup plus sur l'influence personnelle des officiers de la Probation, que sur l'autorité légale qu'ils leur confèrent, et en fait, la plupart d'entre eux sont des modèles de perfection en ce sens. Ils sont, non seulement des inspecteurs délégués de la Cour, mais surtout l'ami, le conseiller. Femmes pour les délinquantes et hommes pour les délinquants, ils remplissent leurs fonctions avec un admirable dévouement : s'ingéniant à trouver du travail à leur protégé, instruisant la famille de ses devoirs. Ils le mettent, s'il est nécessaire, en relation avec les sociétés charitables, les établissements de traitement physique et mental, et vont même, si leurs protégés leur semblent par trop abandonnés, jusqu'à les recueillir chez eux. Le champ de la Probation s'étend de jour en jour. Au début, seules les Cours de juridiction sommaire donnaient à leurs délinquants cette chance unique. Actuellement, et pour ne citer qu'un exemple, le Central Criminal Court (Old Bailey) de Londres, qui ne s'occupe que des crimes, s'est attachée deux officiers, et voici une liste des crimes (et non des moindres) qui leur ont été confiés : bigamie, chantage, faux et usage de faux, incendies, cambriolages, et jusqu'à certaines tentatives d'homicide. La Probation s'arrête devant le meurtre accompli et cependant un cas d'infanticide fut mis en Probation. La mère n'étant pas reconnue certifiable fut confiée à un hôpital pour maladies mentales.

Pour montrer les progrès de cette méthode, voici le nombre, pour cette seule Cour, des cas mis en probation :

Année 1927	11
— 1928	24
— 1929	36
— 1930	40
— 1931	72
— 1932	110

L'année dernière, il y eut 130 cas pour deux officiers, ceux-ci, on le conçoit, demandent grâce.

Les femmes, plus suggestibles et considérées comme cédant plus facilement à la tentation, du fait de leur situation sociale, sont plus aisément mises en liberté surveillée.

Cette loi est appliquée le plus souvent à ceux qui n'en sont qu'à leur premier délit. Il arrive que des récidivistes en bénéficient également. L'officier d'Old Bailey cite le cas de ce vieux client qui, dans les 30 dernières années de son existence, n'avait pas passé plus de trois Noël hors de la prison. Il fut, par un juge avisé, mis en Probation, après avoir comparu, cette fois, pour vol avec effraction ; on s'occupa de lui, on lui trouva du travail, et, depuis, on n'en entendit plus parler.

Presque toutes les Cours possèdent leurs officiers de la Probation, ou se proposent d'en avoir. Ce système y est plus ou moins organisé, mais il tend à se répandre partout. Le Criminal Justice Act 1925, partie I, organise la Probation suivant un plan national et ne la laisse plus à l'initiative locale, plus ou moins favorable à ce genre d'expérience.



Et maintenant, si nous envisageons l'avenir du « Social Problem Group », nous voyons que s'il est exclu des asiles pour criminel et des institutions spéciales, il n'est pas à l'abandon : nous venons de passer en revue les rôles importants du rapport du médecin des prisons et de l'assistante sociale ou de l'officier de la Probation, dans la modalité de la condamnation. Dans les grands centres, tout au moins, ce qui a le plus de chance d'être pris en considération par les juges, ce n'est plus le crime, mais le criminel : ses antécédents, son entourage, ses difficultés, son amendabilité, et si le mot responsabilité atténuée n'existe pas en Angleterre, bien souvent la condamnation est modifiée. Elle est modifiée, non pas diminuée, et dans le sens qui permettra au

criminel de s'amender, ou, si ce n'est plus possible, qui le maintiendra à l'écart de la société.

Nous ne saurions mieux faire, pour terminer cet exposé, que citer en exemple l'organisation de la Cour de Birmingham. (Toutes les Cours de l'Angleterre sont loin d'être calquées sur ce modèle). Immédiatement après la guerre, les magistrats s'attachèrent un médecin psychologue (psychiatre), chargé de suivre les débats de la Cour, d'y donner son avis quand on le demandait, d'examiner et de faire un rapport sur les délinquants mis en observation, soit à la prison, soit chez eux, lorsqu'ils étaient laissés en liberté sous caution.

A la même époque, le Dr Hamblin Smith, criminologiste renommé, fut nommé médecin de la prison. Les Cours locales de juridiction sommaire apportèrent aussi leur collaboration. Le Chief Constable de cette ville leur rappelait la nouvelle procédure à suivre, par une circulaire contenant ces mots significatifs :

« L'objet de la loi est la prévention du crime : dans ce but elle ordonne de punir. Néanmoins il est reconnu que parfois le traitement est indispensable et doit remplacer la punition. »

Les juges adoptèrent cette forme de procédure :

« 1) Dans les cas où l'accusé montre de l'instabilité mentale, soit par sa conduite, son attitude ou son comportement, soit par la récidive fréquente d'un même délit, ou toute autre anomalie, la Cour, après s'être assurée que l'inculpation est suffisante pour pouvoir prendre cette décision, ordonnera la mise en observation.

« 2) Dans tous ces cas, la Cour ordonnera la mise en observation par un médecin, dans un quartier spécial de la prison. Si, à la fin de cette mise en observation, qui ne doit pas dépasser huit jours, le médecin de la prison déclare que son enquête n'est pas suffisante, la Cour pourra soit mettre l'accusé en liberté sous caution, à condition qu'il se soumette à l'examen du Médecin attaché au tribunal. (Cette condition doit être obtenue par engagement libre de l'accusé, sinon il est gardé en prison), soit ajourner le cas, à condition que dans l'intervalle de l'ajournement l'accusé consulte le médecin attaché au tribunal.

« 3) A la fin de cette mise en observation ou de cet ajournement, si la Cour décide de passer une condamnation, elle prendra l'avis du médecin du tribunal ou du médecin de la prison, suivant le cas, et ne décidera qu'en connaissance de cause. Parfois même, il sera utile d'ordonner une nouvelle mise en observation pour avoir l'avis conjugué des deux médecins.

« 4) Au cours des investigations préliminaires, et même ultérieurement, il est recommandé de demander l'assistance des Officiers de la Probation qui feront une enquête discrète sur l'entourage et la famille.

« Dans toutes ces dispositions et dans toutes les autres initiatives prises par elle la Cour n'aura pas d'autre objet que de s'assurer de ce qu'il peut y avoir de mieux à faire dans l'intérêt même de l'accusé. »

Ainsi éclairé, le Tribunal décide en connaissance de cause, et peut, soit condamner à : une amende, à l'emprisonnement, au placement dans une institution pour arriérés, soit mettre l'accusé en liberté surveillée. Dès la première année, 26 % seulement des cas jugés furent condamnés à l'emprisonnement, les autres furent mis en liberté surveillée, et là où l'enquête médicale avait montré qu'un traitement était nécessaire, la condition de la liberté était la mise en traitement immédiat du délinquant. Il devait alors venir consulter périodiquement le médecin attaché au tribunal (ou un autre, dans les cas de maladie ou d'infériorité physiques).

De nombreuses Cours en Angleterre ont suivi cette procédure ou une autre analogue. Mais beaucoup en sont restées à leur traditionnelle méthode de juger le crime et non pas le criminel. Cependant, bien que la loi soit restée inchangée, dans l'ensemble, les Cours ont évolué. Si le nombre des inculpés mis en observation était de 1.738 pour la période 1920-21, il est devenu 2.731 pour l'année 1933, et le Dr Hamblin Smith pouvait écrire dès 1923, dans son rapport annuel sur l'inspection des prisons :

« Puisque nous avons définitivement adopté l'idée qu'un délinquant ne doit pas souffrir physiquement de son emprisonnement, le même principe doit s'appliquer à son état mental et il est sans contredit qu'une personne souffrant de conflits psychiques et condamnée à la prison court le danger d'en être plus profondément atteinte, si elle n'y est traitée. Quand cette importante vérité sera reconnue on ne tolérera pas davantage la vieille routine qui fait que les juges ne prennent connaissance seulement que des faits extérieurs d'un crime et n'appliquent qu'un certain critère légal pour décider de la responsabilité du criminel, de plus, cette enquête superficielle est suivie d'une condamnation tarifée uniquement d'après le crime commis. Parfois, on nous objecte que l'examen du délinquant (tel qu'il est pratiqué à Birmingham) est trop compliqué pour ce qu'on appelle les petits délits. Il n'y a pas de « petits délits » car ceux-ci portent souvent en eux le germe de plus grands crimes. La nécessité de la

« création de centres d'observation pour l'examen des cas avant le
« jugement est pressante. »

Les efforts de l'initiative privée

Nous en avons fini avec la partie légale de cet exposé et de ce qui a été officiellement fait et proposé en Angleterre touchant la question qui nous intéresse. Tournons-nous maintenant du côté de l'initiative privée. Nous y trouvons, à Londres, de très intéressantes institutions :

Un institut pour le traitement scientifique de la délinquance et un institut de psychologie médicale, plus connu sous le nom de Tavinstock Clinic, dont une des sections est spécialement réservée aux délinquants.

Le premier est tout récent, créé à la fin de septembre 1933 ; le deuxième a été fondé dès 1920. Les buts qu'ils se proposent peuvent être ainsi résumés :

- créer des centres d'observation pour le diagnostic et le traitement des délinquants et criminels ;
- prendre l'initiative de recherches scientifiques sur les causes et sur la prévention du crime ;
- coordonner et consolider les travaux déjà existants, sur la prévention de la délinquance et du crime ;
- rechercher la coopération de tous les corps déjà engagés dans des travaux semblables, dans toutes les parties du monde ;
- assister et conseiller les juges et les magistrats, la direction des hôpitaux et de tous les établissements d'Etat, en y instituant des experts médicaux chargés de l'investigation, du diagnostic et du traitement des cas favorables ;
- donner des facilités aux étudiants désireux de s'instruire dans cette branche ;
- organiser des discussions et éduquer l'opinion du public, sur ce sujet, par des publications et d'autres moyens.

Ces deux instituts fonctionnent uniquement grâce à des dons, des legs, et une exploitation bien comprise de la charité (bridges, thés, soupers, etc.), les médecins y voient et traitent les malades gratuitement. Ceux-ci sont, pour la plus grande part, envoyés :

- directement, pour avis, par les magistrats avant le jugement ;
- directement, par les officiers de la Probation, quand le traitement est une condition de la libération ;

— par les officiers de la Probation qui cherchent un avis éclairé.

On y voit donc tous les types de la délinquance. Les vieux délinquants récidivistes réservent parfois, dit-on, de surprenants résultats.

Un examen physique est pratiqué en premier lieu par les médecins de l'hôpital voisin qui prescrivent parfois un traitement. Puis, après examen mental, un traitement psychothérapique est institué ; chaque praticien met en œuvre, à son gré, la forme de psychothérapie qui convient, on donne le plus souvent la préférence aux formes dérivées de la psychanalyse, orthodoxe ou schismatique. Fréquemment, il faut adjoindre une assistance sociale. Toutefois, sur l'avis du médecin traitant, le délinquant peut être renvoyé en prison.

Les magistrats font de plus en plus appel à ces deux organisations pour leurs délinquants, et pour les cas plus difficiles, à celle du Maudsley Hospital, qui est pour Londres l'équivalent approximatif de notre hôpital Henri-Roussel à Paris.

Le traitement psychothérapique de ces sujets n'est pas sans présenter de nombreuses difficultés. Il trouve sa pierre d'achoppement surtout dans le fait que, pour avoir quelque chance de succès, il doit être entrepris avec l'assentiment du malade, et non par contrainte. De plus, un tel malade n'a pas le choix de son médecin traitant et là encore un « transfert négatif » peut rendre inefficace tous les efforts entrepris en sa faveur.

Si cette expérience heureuse tendait à se généraliser, la question de la sécurité publique serait à envisager plus sérieusement, le comportement de ces malades les rendant souvent indésirables dans la société, tant que l'effet bienfaisant du traitement ne s'est pas encore fait sentir. Mais nous n'en sommes qu'à la période d'essai, et les cas traités dans ces instituts ne représentent que la goutte d'eau dans l'océan, les efforts entrepris sont encore trop peu nombreux et trop dispersés pour qu'un plan de grande envergure ait été conçu à leur sujet.

Nous ne devons pas passer sous silence la *Howard League for Penal Reform*. Fondée dès 1790, elle fut réunie en 1921 à la Penal Reform League. Elle a pour but, au moyen d'enquêtes faites dans les prisons, de l'étude des statistiques criminelles et de comparaisons avec les méthodes employées à l'étranger, d'obtenir que l'on substitue dans les prisons la méthode rééducative à la méthode répressive. Ces dernières années, son attention a été particulièrement dirigée sur l'extension de l'usage de

la Probation, de l'examen psychologique et du traitement des délinquants, sur la réforme des Cours de juridiction sommaire, et surtout sur l'abolition de la peine de mort. De nombreux membres de cette association sont des magistrats et des parlementaires. Ceux-ci constituent, dans l'enceinte de la Chambre, un groupe spécial appartenant à tous les partis politiques : the league of Penal Reform Group, qui, en émettant des vœux et en élaborant des projets de loi, s'efforce de stimuler l'intérêt de la Chambre sur ces questions. L'éducation du public n'est pas négligée. Des réunions contradictoires sont organisées, des livres distribués, des affiches posées. Son journal, « The Howard Journal », est un des mieux documentés et des plus intéressants, sur tous les sujets relatifs à la délinquance et au crime.

**
**

Considérons maintenant l'ensemble des méthodes qui assurent actuellement la sécurité sociale en Angleterre contre les crimes et les délits commis par les anormaux. Nous voyons que différentes tendances subsistent, contradictoires, comme il était naturel dans un pays où tout n'existe que par évolutions successives : l'ère de la loi du talion n'étant pas encore révolue et déjà s'accomplit celle de la réadaptation sociale des anormaux. Mais, au total, sécurité collective et liberté individuelle nous ont paru également sauvegardées.

I. La conception de la responsabilité criminelle, attardée dans les méandres de la tradition, relève davantage du domaine de la métaphysique que du domaine pratique : seule, l'incapacité de discernement entre le bien et le mal d'un acte commis confère l'irresponsabilité pénale, sinon, l'accusé est déclaré responsable. Si, néanmoins, il est aliéné, le condamné bénéficiera, ensuite, des dispositions des sections 3 et 4 de la loi de 1884, autorisant son transfert dans un asile. L'aliéné n'en aura pas moins été condamné officiellement. La répression pénale solennelle et infamante aura joué son rôle exemplaire d'intimidation et d'empêchement de contagion et ce juste souci du législateur est la raison de son attachement obstiné à cette vieille formule, que sont les règles de Mc Naghten et qui ne correspondent plus à rien.

« Aucune injustice n'est commise », disent les auteurs anglais, et cela est vrai. Il n'en reste pas moins que le condamné devenu aliéné demeure un condamné ; il accomplit sa peine à

l'asile et non plus en prison, c'est la seule différence. Si cette vue est peut-être très juste quand il s'agit de condamnés devenus aliénés après l'infraction, elle ne l'est plus quand il s'agit de ceux qui n'ont été reconnus aliénés qu'en prison et qui sont, la plupart du temps, tout le monde en est d'accord, aliénés au moment du crime. Il faudrait alors aller en appel et recommencer le procès.

Quoi qu'il en soit, ces deux catégories d'aliénés : les H. M's P. et les S. of S., restent sous l'autorité judiciaire ou pénitentiaire depuis le début de leurs démêlés avec la justice jusqu'à leur sortie de l'asile ou la fin de leur peine. Ils ne sortent de l'asile que sur un ordre des autorités pénitentiaires et toujours conditionnellement. Il n'existe donc pas, comme en France, cette dualité entre l'autorité administrative qui seule a qualité pour ordonner le placement, et l'autorité judiciaire qui amnistie ; dualité regrettable ayant pour conséquence la plus claire de laisser reposer la responsabilité d'une sortie, qui ne sera même pas entourée des garanties essentielles, sur le seul médecin d'asile souvent mal informé des circonstances du crime.

II. La loi de 1913 exempte de châtimement et retire des prisons les arriérés intellectuels et amoraux, et, d'une façon plus générale, tous ceux qui sont incapables d'une conduite sociale convenable sans l'assistance d'autrui. Cette définition englobe, nous l'avons vu, nombre de buveurs habituels, pervers, délinquants récidivistes, dont nous ne savons que faire dans l'état actuel de la législation en France. Ces sujets sont placés, par ordre, dans des institutions spéciales distinctes des asiles où ils reçoivent les soins et une rééducation appropriée à leurs besoins, jusqu'à ce qu'ils soient considérés comme suffisamment améliorés pour être libérés conditionnellement. Ici, l'autorité judiciaire délègue ses pouvoirs à l'autorité administrative (Board of Control), qui seule accorde la sortie, après l'avis du médecin traitant.

III. Les autres criminels et délinquants sont laissés à la répression pénale.

Mais la prison dans nombre de cas s'est montrée inefficace. Le rapport du Comité d'études sur les récidivistes établit clairement qu'une grande proportion des personnes condamnées n'est en aucune façon amendée par son séjour en prison. Or, le but de toute législation bien comprise doit être de protéger la société, mais aussi de réformer l'individu et l'attention doit

être attirée sur tous les sujets qui, bien que coupables, ont encore des possibilités de redevenir bons citoyens. Plusieurs dispositions et tendances législatives sont, dans cet ordre d'idées, du plus haut intérêt.

1° Prisons spéciales et réformatrices (Borstal) pour les délinquants juvéniles considérés comme normaux et n'ayant jamais été en prison jusqu'alors. A leur libération, aucune trace de leur condamnation ne subsiste dans leur dossier.

2° Création de quartiers d'observation psychiatrique et présence permanente dans les prisons d'un ou de plusieurs médecins spécialisés. Coopération des œuvres sociales et médicales avec les Cours de justice.

3° Remise de la peine avec liberté surveillée pour les délinquants dignes d'intérêt avec obligation de se faire traiter au point de vue mental, si cela est jugé nécessaire.

4° Application modifiée de la condamnation à la prison préventive pour les récidivistes comme le recommande le rapport de 1932, ce qui serait en somme orienter tout le système dans le sens Belge : sentence indéterminée (de façon limitée cependant) et individualisation de la peine.

Les méthodes scientifiques, comme le dit justement C. Mc Craven, que nous citons, se sont emparées sournoisement du système judiciaire en Angleterre. Il n'y a pas eu de révolution dans la procédure, mais les magistrats et les administrateurs des prisons ont substitué peu à peu, à la conception purement légale du crime et de sa punition, des méthodes scientifiques de traitement et de prévention. Ces changements ont eu lieu graduellement et se sont faits souvent à contre-cœur, sans reconnaissance officielle de leur étendue, ni de leur signification. Les magistrats continuent d'agir, comme s'ils croyaient toujours, en dehors des cas très nets d'aliénation ou d'arriération mentale, au dogme inviolable de la responsabilité complète de l'individu pour ses crimes.

Cependant, les changements subtils dans les verdicts rendus par les Cours, et dans la manière employée par les autorités des prisons pour l'application des peines, montrent que la nécessité d'un traitement individuel, fondé sur des besoins individuels est de plus en plus reconnue. Ce progrès est lent et incertain, mais réel. Le magistrat anglais devient « un médecin malgré lui », bien qu'il soit le dernier à reconnaître cette transformation.

LES ALIÉNÉS CRIMINELS EN ECOSSE

RAPIDE VUE D'ENSEMBLE SUR L'ASSISTANCE AUX ALIÉNÉS ET AUX ARRIÉRÉS CRIMINELS EN ECOSSE

L'Ecosse, pour ce qui est de l'administration de ses aliénés, comme d'ailleurs sur tous les points de la législation, conserve une indépendance jalouse. Une loi faite pour l'Angleterre n'a de valeur qu'en Angleterre (et au Pays de Galles). En ce qui concerne ses aliénés, l'Ecosse a son Secrétaire d'Etat, son Board of Control, ses institutions entièrement séparées de celles de l'Angleterre. Cependant, la législation relative aux aliénés criminels, se rapproche beaucoup de celle de l'Angleterre, à laquelle, d'ailleurs, elle est assimilable, en bien des points.

Nous ne signalerons donc que ce qui les différencie et nous verrons que ce sont uniquement des points de détails, et toujours modifiés dans le sens d'un libéralisme plus grand.

Promulguée plus tard que la loi anglaise (1^{re} loi, 1846), qui se dégageait peu à peu de la tradition souvent encombrante, la loi écossaise sur les aliénés criminels bénéficie de certaines simplifications et améliorations, et surtout d'une grande clarté. Elle prévoit des aliénés du bon plaisir du Roi et des aliénés du Secrétaire d'Etat. Ils sont détenus à l'asile-prison de Perth, à moins que :

*Section 4 (1862) : « Deux médecins ne trouvent qu'un détenu de
« la prison de Perth est aliéné, mais que son aliénation est telle qu'il
« peut être convenablement traité dans un autre asile. Le Secrétaire
« d'Etat peut ordonner qu'il soit transféré dans l'asile de son
« comté, qui est obligé de le recevoir et de le traiter jusqu'à ce qu'il
« soit libre. S'il s'agit d'un prisonnier n'ayant pas encore accompli
« son terme de condamnation on fixera à l'avance le prix de son
« maintien à l'asile pendant la durée de sa détention sous ce régime.*

*Sec. 6 : « Quand deux médecins certifient qu'une personne détenue
« dans n'importe quelle prison est aliénée, le Shériff ordonnera son
« transfert dans un asile qu'il désignera, et les Directeurs devront
« prendre des mesures pour sa réception et son maintien pendant
« la période durant laquelle il aurait dû être détenu dans la prison,
« s'il n'avait pas été transféré.*

Remarquons la simplicité de la procédure : le certificat de deux médecins suffit pour transférer un aliéné criminel dans un asile *quelconque* si son état mental le permet. L'asile désigné

par le Secrétaire d'Etat ou le Shériff doit recevoir cet aliéné ; il ne peut refuser de l'hospitaliser.

La dernière loi, datée du 2 août 1935, ordonne l'érection d'un nouvel asile pour aliénés criminels restant sous le contrôle des autorités pénitentiaires, mais n'ayant plus aucun rapport avec la prison actuelle.

Voici quelques dispositions intéressantes de cette loi :

Section 4 (1) : « Toute personne subissant la servitude pénale, la
« détention préventive ou un emprisonnement (autre que pour pro-
« cès civil) et qui sera certifiée aliénée par deux médecins qui
« déclareront en outre qu'il est utile qu'elle soit détenue dans un
« asile pour aliénés criminels plutôt que dans tout autre asile, y sera
« transférée (par ordre) et détenue jusqu'à l'expiration de sa
« condamnation.

« Mais le département des prisons, sur toute demande faite par
« l'aliéné pour lequel cet ordre a été fait ou par toute personne en sa
« faveur, dans les trente jours de la signature de l'ordre, donnera à
« tout médecin désigné par l'aliéné ou cette personne l'opportunité
« de l'examiner et le Secrétaire d'Etat prendra en considération le
« rapport fait par ce médecin, et ordonnera les mesures qui lui
« paraîtront utiles dans ce cas.

« (2) : Si deux médecins, dont l'un ne doit pas être un officier sala-
« rié du département, dans les 14 jours avant l'expiration de la
« condamnation de toute personne maintenue dans un asile pour
« aliénés criminels certifient qu'elle est aliénée et ne peut être remise
« en liberté sans danger pour elle-même ou la sécurité publique, et
« qu'il est nécessaire qu'elle soit maintenue après l'expiration de sa
« condamnation dans l'asile pour aliénés criminels plutôt que dans
« tout autre asile, le Secrétaire d'Etat ordonnera son maintien et
« elle y sera traitée et gardée jusqu'à ce que soit connu le bon
« plaisir de Sa Majesté.

« Pourvu que :

« le département des prisons, sur la demande formulée par
« l'aliéné ou par toute personne en sa faveur permette qu'un méde-
« cin l'examine, dans les 14 jours avant l'expiration de sa condam-
« nation, et que le Secrétaire d'Etat, avant de signer l'ordre pour
« le maintien d'un tel aliéné, prenne ce certificat en considération,
« 10 jours avant l'expiration de la condamnation ;

« le département des prisons fasse examiner tous les trois mois, au
« point de vue mental, toute personne maintenue dans un asile pour
« aliénés criminels, et qu'un rapport soit fourni au Secrétaire d'Etat
« établissant si elle est aliénée ou non, et si elle doit être maintenue
« plus longtemps dans un asile pour criminels plutôt que dans tout

« autre asile, le Secrétaire d'Etat, prenant ces rapports en considération, ordonnera, s'il est nécessaire, la prolongation de cette détention ou non.

« (3) : Lorsqu'une personne maintenue dans un asile pour aliénés criminels contracte une maladie qui, pour la sécurité des autres pensionnaires, nécessite son transfert de l'asile ou une maladie mettant sa vie en danger et ne pouvant être soignée convenablement à l'asile, elle pourra, sur ordre du Secrétaire d'Etat, être transférée dans un hôpital ou tout autre endroit convenable, et elle ne sera ramenée à l'asile que guérie ou lorsque son état pourra être convenablement traité à l'asile.

« (4) : Le Shériff pourra inspecter l'asile sur le terrain de sa juridiction.

Section 8 : « Sur un crédit spécial voté par le Parlement seront payées les dépenses nécessitées par la création, le maintien de cet asile et l'entretien des personnes qui y sont maintenues. »

En lisant ces articles, il semble bien que, à l'inverse de la loi anglaise, celle-ci ait été faite, non pour assurer la sécurité collective, mais celle des aliénés criminels. Ecosse, terre bénie des aliénés... Il faut que les médecins déclarent que la personne doit être maintenue à l'asile criminel plutôt que dans tout autre asile... (La désignation de l'asile n'est pas laissée uniquement aux magistrats). Un médecin choisi par le malade ou ses parents donnera son avis avant le transfert de la prison à l'asile spécial. Il le donnera aussi dans le cas de maintien à l'asile après l'expiration de la condamnation et il en sera tenu compte par le secrétaire d'Etat. Dès qu'il cesse d'être dangereux, l'aliéné est transféré dans l'asile de son comté, qui *doit* le recevoir et il cesse alors d'être sous l'autorité des prisons. Il est libéré conditionnellement beaucoup plus facilement qu'en Angleterre, et, s'il doit être réintégré, il ne l'est pas obligatoirement à l'asile-prison. Enfin, chaque cas maintenu doit être reconsidéré tous les trois mois. On ne voit pas très bien pourquoi ces dispositions libérales et justes ne sont pas appliquées en Angleterre.

Si, cependant, la loi écossaise est claire et indulgente, on ne peut dire que l'asile-prison de Perth corresponde très bien, — par son aspect, — à l'idée qu'on se fait du traitement des aliénés en Ecosse. C'est une prison, et, en dépit des efforts du directeur et du médecin affectés à l'asile, elle reste prison. Aussi, nous n'en parlerons pas autrement que pour noter que le système « on parol » y est appliqué avec succès. Les aliénés criminels sont envoyés « sur parole », à l'hôpital où ils doivent être opérés, ou soignés, et même vont faire sur parole de petites promenades, soit en ville, soit dans la campagne.

Quant à la libération conditionnelle, elle est plus largement octroyée qu'en Angleterre, mais les conditions de la libération ne sont jamais rapportées et la surveillance ne se termine qu'à la mort de l'aliéné. Les gardiens doivent faire, au début de la libération, un rapport mensuel, c'est le médecin de l'asile de Perth qui visite lui-même les « libérés ». Les gardiens peuvent être des parents, ou amis, mais des nourriciers peuvent aussi recevoir les aliénés, moyennant profit. Dans certains cas, deux aliénés ont pu être ainsi placés dans la même maison.

La responsabilité criminelle est établie comme en Angleterre, les règles de Mc Naghten sont invoquées, mais d'une manière beaucoup moins stricte, et dans tous les cas, l'aliénation, si elle est certifiable, conduit au verdict d'acquittement « non coupable ». Celui de « coupable, mais aliéné » n'existe pas en Ecosse.

LES ARRIÉRÉS MENTAUX EN ECOSSE

Il existe en Ecosse une loi identique à celle de 1913 en Angleterre sur les arriérés, promulguée la même année. Elle ne fut pas amendée par la suite, l'interprétation des médecins écossais s'étant montrée d'emblée plus large, ne s'embarrassant pas en particulier de la limite d'âge, si gênante dans les définitions légales de l'arriération. Elle ne diffère de la loi anglaise que par des détails, les autorités judiciaires n'étant pas les mêmes en Angleterre qu'en Ecosse (présence d'un Procurator fiscal analogue à notre Procureur de la République qui n'existe pas en Angleterre. (L'Ecosse comme la France suit de très près la Loi Romaine).

L'assistance des arriérés, conçue sur le même plan que l'assistance anglaise, n'en est qu'à ses débuts. La guerre, puis les dures années qui suivirent, amenant avec elles le chômage et la misère, empêchèrent que la loi de 1913 ne devienne acte. Depuis quelques années, la prospérité commerciale ayant retrouvé le chemin de l'Ecosse, et aussi des tendances sociales nouvelles s'y étant fait jour, des institutions s'élèvent, et même certaines magnifiques, mais chaque comté est loin d'avoir la sienne. On estimera à 35.000 le nombre total des arriérés en Ecosse pour une population totale de 4 millions d'habitants.

L'Institution d'Etat pour les arriérés difficiles et violents se trouve dans un quartier spécial de la prison de Perth, et ne contient, d'ailleurs, qu'une dizaine de pensionnaires. Devant l'encombrement croissant, et surtout l'assistance médiocre, qui

peut être donnée aux aliénés et arriérés dans les locaux actuels, le département des prisons a acheté, près de Carstairs, un vaste terrain où s'élèvera l'asile modèle pour aliénés criminels, et, à côté de lui, mais complètement séparée, l'Institution d'Etat.

On en est encore aux plans. Nous n'avons pu les reproduire, mais cet ensemble est conçu sur le plan de Rampton. La largeur d'esprit avec laquelle les Ecossais traitent leurs aliénés, et les conceptions grandioses de leurs constructeurs en matière d'assistance moderne, en feront certainement une des plus intéressantes institutions, et le temps perdu dans les difficultés d'après-guerre, sera vite rattrapé.

Remarquons qu'on ne tient pas grand compte, outre-Manche — et avec raison — des craintes émises au Congrès de Paris 1889, suivant lesquelles la réunion, dans un même établissement, d'un grand nombre d'aliénés ou arriérés aux tendances dangereuses, devrait être considérée comme un danger de plus. S'il est juste de ne pas mettre tous les aliénés criminels dans la même catégorie, et d'envoyer le plus possible dans les asiles ordinaires, comme on le fait en Ecosse, ceux mêmes qui ont commis les plus grands crimes, s'ils ne sont pas dangereux (1) ; la création d'asiles pour aliénés aux tendances dangereuses est indispensable, nul ne le conteste. Il faut s'efforcer de redonner une vie utile et aussi peu pénible que possible à ces malheureux qui ne sont coupables, après tout, que d'avoir été malades, tout en assurant efficacement la sécurité publique. Et celle-ci sera d'autant mieux sauvegardée que les tendances violentes ne seront plus exaspérées par l'oisiveté, mais canalisées vers une activité bienfaisante.

BIBLIOGRAPHIE

(Angleterre)

1. SULLIVAN (W. C.). — *Crime and Insanity*, 1924.
2. *Criminal statistics for England and Wales*, 1934.
3. NORWOOD EAST. — *Forensic psychiatry*, 1927.
4. SIDNEY SMITH. — *Forensic Medicine*, 1934.
5. LE MESURIER (Mrs.). — *Handbook on probation*, 1935.
6. SEMELAIGNE (René). — *La législation des aliénés dans les Iles Britanniques*, 1892.

(1) Personne ne songe à protester contre cette « promiscuité », et nous connaissons tel ancien meurtrier qui sort de l'asile tous les jours, sur parole, et est le grand favori des enfants du village.

7. HAMBLIN SMITH. — *Medical attitude to crime*, 1934 (report of medical health conference).
8. CICELY Mc CRAVEN. — The progress of English criminology. *Journal of criminal law and criminology* (mai-juin 1933).
9. CARROLL (Denis). — Psychological treatment of delinquents and some of its problems. *Howard Journal*, n° 2, 1935.
10. HAMBLIN SMITH. — *Psychology of the criminal*, 1922.
11. SÉRIEUX (P.). — *Rapport sur l'assistance des aliénés à l'étranger*, 1903.
12. *Report of the commissioners of prisons, and the directors of convict prisons*, 1932.
13. *Idem*, 1933.
14. *Report of the committee on insanity and crime*, 1922.
15. *Report of the departmental committee on persistent offenders*, 1932.
16. PAILTHORPE (Grace W.). — *Studies in the psychology of delinquency*.
17. *The twenty first annual report of the Board of Control for the year*, 1934, part. I.

BIBLIOGRAPHIE

(Ecosse)

1. MARIE (A.). — *Assistance des aliénés en Ecosse*, 1892.
 2. *Annual report of the prisons department for Scotland*, 1934.
 3. *Memorandum by the secretary to the general Board of Control*, 1934.
 4. *Rapport du Dr Bruce, Médecin de l'Asile-Prison de Perth*, 1934.
-

ESSAI DE TRAITEMENT SPÉCIFIQUE

chez diverses psychopathes présentant des réactions humorales positives

(Rappel documentaire et résultats schématisés)

PAR

H. BEAUDOUIN et G. DAUMÉZON

Il y aura bientôt un siècle que la syphilis a été invoquée comme un agent causal possible de troubles mentaux. Depuis, cette étiologie a été démontrée pour la paralysie générale, pour les troubles mentaux spéciaux du tabès et de certaines lésions syphilitiques encéphaliques. Mais le problème des processus réalisant les autres psychoses : démence précoce, délires systématisés, reste obscur. A l'aide d'arguments *statistiques* et *biologiques*, on a voulu découvrir un lien de cause à effet entre certains délires et l'infection syphilitique. Dans ce travail, nous voudrions appliquer à cette recherche une méthode un peu différente : dans le diagnostic de la nature syphilitique d'une lésion quelconque, l'*épreuve du traitement* est couramment employée. En matière psychiatrique, l'utilisation de ce procédé ne souffre aucune difficulté spéciale, mais il semble bien qu'on se doive garder de conclusions hâtives.

On se heurte en effet, dès l'abord, au problème de la réversibilité des syndromes psychiatriques. La longue évolution souvent systématique, l'incurabilité, l'impossibilité de reproduction de la cellule nerveuse, sont autant d'arguments en faveur de l'irréversibilité. Mais on a vu une affection implacablement progressive, comme la paralysie générale, céder à la thérapeutique ; des « réveils » de démence précoce typique se produire après des années d'évolution, soit spontanément, soit durant la période

préagonique. Aussi bien ne peut-on penser que l'irréversibilité soit absolue. Certaines psychoses sont, par certains auteurs — c'est le cas des paraphrénies — considérées comme le reliquat d'un processus éteint de longue date. Mais une telle considération, outre qu'elle est hypothétique, est d'application assez exceptionnelle.

Aussi avons-nous pensé que l'épreuve du traitement, sans être un critère absolu, pourrait être un élément de poids dans une discussion qui est loin d'être close.

Historique

Il ne sera pas indifférent de faire d'abord, assez longuement, l'inventaire historique des arguments en présence. Nombreux, en effet, sont les auteurs qui, depuis la deuxième moitié du siècle dernier, ont fait jouer à la spécificité un rôle étiologique dans la détermination des psychoses.

En 1879, Fournier (1) indiquait l'importance qu'il attachait au vocable de « Folie syphilitique », « importance d'ordre pratique parce qu'elle impose le traitement ».

Pinel et Esquirol avaient édifié un monument psychiatrique où la recherche étiologique n'avait que peu de place ; aussi bien est-ce plutôt en Angleterre que l'on voit soulever le problème du rôle de la syphilis dans les psychoses : Batty Tuke (2), Hayes Newington (3), Samuel Wilks (4), Grainger Stewart (5), avaient insisté sur ces notions. Cependant qu'en France, Charles Schutzenberger (6) intitulait, en 1850, un article : « De la syphilis comme cause de troubles fonctionnels graves de l'encéphale simulant des affections idiopathiques du cerveau. »

Ricord aurait, le premier, guéri des psychoses par le traitement antisypilitique.

Fournier (1), en 1879, consacre trois leçons aux folies syphilitiques ; il les classe en deux catégories :

1° Troubles d'évolution lente et de forme dépressive, parmi lesquels il distingue des dépressions intellectuelles simples, avec amnésie et « hébétude incohérente », cette dernière pouvant revêtir un aspect « lypémanique » ou, au contraire, se présenter comme une « monomanie » ;

2° Troubles relativement aigus : il s'agit de délires simples, d'excitation cérébrale, d'excitation maniaque, enfin de délire hallucinatoire.

L'évolution commune de ces divers syndromes se fait vers la démence, que le malade atteint progressivement après quelques rémissions. Fournier propose, pour toutes, le traitement par l'iodure et le mercure.

En terminant cet exposé, le maître de Saint-Louis a soin d'ajouter que les conceptions sont fortement battues en brèche par les aliénistes de son époque. Il convient cependant de remarquer que, dans une leçon clinique de 1878, B. Ball accorde un rôle étiologique au processus syphilitique.

*
**

Au début du xx^e siècle, la notion de dégénérescence, émise par Morel, la vogue des conceptions pastoriennes, la découverte des réactions de Bordet-Wassermann, vont amener une recherche active de l'étiologie microbienne des maladies mentales. Le domaine de la syphilis va s'étendre, et les notions mises en honneur par Fournier seront révisées, quelquefois adoptées en partie dans certain monde psychiatrique.

En Allemagne, Kræpelin (7), Markus (8), Plaut (9), Finkh (10), Ziehen (11), Klein (12), décrivent des psychoses syphilitiques.

En France, nous assistons à des discussions véhémentes. Certains, avec Magnan (13), nient, d'une manière radicale et définitive, l'existence de psychoses syphilitiques :

« Ces descriptions, qu'une saine clinique repousse, sont séduisantes par leur simplicité et font si bien leur chemin que des esprits fort intelligents, n'envisageant qu'un côté de la question, n'ayant pas toujours l'occasion de contrôler, par l'étude comparative des faits, toutes ces données théoriques, finissent par croire que la tuberculose, la goutte, le rhumatisme, la syphilis, etc..., peuvent de toute pièce engendrer la folie, qui, par elle-même, a pourtant des caractères spécifiques si éminemment personnels. Ils ont bien sous les yeux un tuberculeux, un syphilitique, un cancéreux qui délire, mais ils négligent de se demander pourquoi ce tuberculeux, au milieu de mille autres tuberculeux, ce syphilitique, au milieu de mille autres syphilitiques, ce cancéreux, délirent, et pourquoi tous les autres tuberculeux, syphilitiques, cancéreux, ne délirent pas. Il y a à cela une raison majeure, c'est que les sujets diathésiques ont à délirer des titres qu'ils puisent ailleurs que dans leur diathèse. Ils sont cancéreux, c'est vrai, mais ils sont aussi prédisposés à la folie, et l'on retrouve, dans cette prédisposition, dans les antécédents héréditaires, la véritable cause du délire. Ils ont la folie en puissance, et les manifestations cancéreuses, rhumatisma-

« les, syphilitiques, peuvent agir comme cause déterminante, ainsi
« qu'ont droit de le faire le froid, le chaud, les fatigues, les émotions
« morales, etc., mais c'est tout, aller plus loin, c'est consacrer une
« erreur. » (MAGNAN).

En opposition avec ce point de vue, Marchand (14) écrivait en 1906 :

« Les principaux troubles mentaux *déterminés par la syphilis*
« sont : la manie, la mélancolie, la stupeur, le délire hallucinatoire.
« Ces syndromes s'accompagnent de symptômes physiques qui mon-
« trent leur origine toxique. Ainsi, dans la plupart des observations,
« on note une céphalalgie tenace, du tremblement généralisé, des
« troubles gastro-intestinaux.

« Quant aux symptômes psychiques, ils ne présentent rien de par-
« ticulier et n'ont pas de symptomatologie univoque. »

C'est, à peu de chose près, l'opinion soutenue par Gaucher dans la thèse de son élève Jallet (15). Régis (16) décrivait cependant, à la même époque, ses « syphilo-psychoses confusionnelles. »

En 1912, Halberstadt et Arsimoles (17), dans un très important article de la *Revue Neurologique*, présentent une synthèse des conceptions française et allemande : ces auteurs adoptent, pour cela, le plan de Kræpelin et décrivent :

a) Des états confusionnels à pathologie obscure, pouvant revêtir l'allure d'un syndrome de Korsakoff, tels ceux que Mouratoff (18) en Russie, Stepanoff, Strausky en Allemagne, Chaslin et Portocalis (19), Séglas, Bonnet, Trénel (20), Markus (21) en France, ont décrit ;

b) Des états périodiques : les observations de périodicité et de périodicité maniaque dépressive chez des syphilitiques sont nombreuses.

Westphal (22), en 1908, fit une discussion serrée de ces cas et concluait à une simple coïncidence.

En France, Doutrebente, Marchand (14), Joly (23), Mosny et Barat (24), Laignel-Lavastine et Valence (25) ont rapporté de ces cas. G. Ballet signale la relative fréquence de la syphilis dans la mélancolie.

Kræpelin (7), Kinoth, Ziehen (11) insistent sur la fréquence des hallucinations, surtout auditives, dans les états périodiques syphilitiques.

c) Certains délires plus ou moins systématisés analogues à ceux de la démence paranoïde.

Cette dernière catégorie est l'œuvre exclusive des auteurs allemands :

Klein (12) : formes hallucinatoires paranoïdes à excitation violente ; Plaut (9) décrit l'hallucinoïse ; Arsimoles et Halberstadt, adoptant la description de Kræpelin, précisent :

« Les idées délirantes, parfois assez systématiques, comme l'avait déjà entrevu Klein, et des hallucinations surtout auditives dominent la scène. »

Les signes physiques sont relativement peu prononcés selon Kræpelin, tandis que Plaut croit, au contraire, qu'ils sont le meilleur élément de diagnostic :

« Le début est parfois lent et progressif, d'autres fois brusque après des ictus. Le délire se développe rapidement ; il est, en général, pauvre. Les idées de persécution sont assez fréquentes, parfois, on a des idées de grandeur, de jalousie, d'influence, etc... Aux hallucinations de l'ouïe, que nous venons de mentionner, s'ajoutent quelquefois d'autres troubles sensoriels de la vue, de l'odorat, du goût. L'orientation est bonne, sauf quelques courtes phrases épisodiques d'obnubilation. Il y a une certaine conscience de la maladie, côte-à-côte de l'indifférence pathologique à l'égard de ce qui entoure le malade. En général, calmes, d'attitude correcte, répondant aux questions, se laissant examiner facilement, ces malades sont pourtant sujets à des colères brusques et violentes de courte durée. Il existe souvent des ictus et d'autres signes physiques de la syphilis cérébrale, mais parfois, — et nous insistons sur ce point, — chez des malades porteurs de lésions certaines de syphilis cérébrale et ayant présenté des troubles appréciables, Kræpelin n'a trouvé aucun signe physique. L'évolution de la maladie est généralement lente, coupée de rémissions. Peu à peu s'installe une démence plus ou moins profonde, dans laquelle on peut observer des grimaces, des stéréotypies bizarres, semblables à celles de la démence précoce. »

C'est à partir de cette description que les auteurs contemporains édifieront la plupart de leurs théories sur la psychose hallucinatoire syphilitique.

*
**

Telles étaient les conceptions d'ensemble d'avant-guerre. On voit combien elles étaient disparates. Certains auteurs adversaires de la psychose syphilitique (Magnan) la combattaient, soit d'une manière générale, soit dans le cadre des types nosographiques [Roubinovitch et Lévaditi (26)].

D'autres admettaient l'existence d'une étiologie spécifique ;

ainsi, Marchand énumère quatre interprétations pathologiques principales proposées par divers auteurs :

1) *L'anémie*, jadis soutenue par Ricord, par Hildenbrand (27).

2) *La fièvre syphilitique*, élément déterminant [Kiernan (28)].

3) *Les lésions organiques*, que l'on avait mises en évidence dans la paralysie générale, furent aussi invoquées par les auteurs pour expliquer les autres types cliniques. Pour Moravesik, il s'agissait de méningite, pour Kéraval (29) d'artérite.

4) *La théorie toxique* groupait le plus grand nombre de partisans, parmi lesquels Ségla, Jacquin (30), Mickle (31), Régis (16), Parant (32), Kovalesky.

Enfin, une large catégorie d'auteurs se borne à constater la *fréquence des réactions humorales positives* dans les aliénations mentales. Raviart (33), en 1908, publie sur ce fait des statistiques intéressantes, sans cependant conclure en faveur de l'étiologie syphilitique.

*
**

Nous avons noté une modification des théories au début du siècle, sous la double influence des conceptions générales et du progrès des méthodes de diagnostic. Des faits du même ordre entraînent, dans la période actuelle, une évolution parallèle des idées.

On sait la vogue de la notion de « terrain ». Au nom de cette conception, Magnan combattait la psychose syphilitique. Les champions de l'étiologie spécifique invoquent maintenant le *terrain hérédospécifique*.

Par ailleurs, l'extension des recherches dans le liquide céphalo-rachidien, l'utilisation des réactions de floculation, la multiplication des réactions à spécificité quelquefois douteuse, tous ces phénomènes ont fourni aux protagonistes des « syphilopsychoses » des arguments nouveaux.

Deux ordres de travaux paraissent avoir été poursuivis dans ce sens : d'une part, Hamel et ses élèves, puis Targowla (33 bis), Dublineau, etc., invoquent des arguments de fréquence biologique ; d'autre part, Mlle C. Pascal et Davesne créent la « syphiloclasie ». Nous verrons ensuite comment beaucoup d'auteurs, prenant une position neutre, adoptent une opinion plus éclectique.

L'effort de Hamel s'est traduit essentiellement par son rapport au Congrès de Barcelone, présenté en collaboration avec Lopez Albo (34) ; par son livre sur l'hérédosyphilis mentale, publié

en 1930 avec Drouet (35), et par quelques thèses, dont la plus récente est celle de son élève P. Royer (36) sur la psychose hallucinatoire chronique syphilitique.

Rappelons les conclusions du rapport de 1929 à Barcelone :

« 1) La syphilis peut donner naissance à divers syndromes mentaux.

2) L'hérédo-syphilis est responsable de la majeure partie des infirmités psychiques constitutionnelles, toutes les formes d'arriération mentale, jusqu'à la débilité mentale, ainsi que tous les états de perversion ou d'amoralité sans déficience intellectuelle.

3) Son rôle n'est pas négligeable dans la genèse de l'épilepsie essentielle, mais ne paraît pas prépondérant.

4) En tant que cause prédisposante (*constitution du terrain dégénératif* sur lequel se développent les psychoses de l'adulte), la syphilis héréditaire joue certainement un rôle important, mais impossible à déterminer actuellement.

5) En tant que *cause déterminante*, la syphilis héréditaire peut certainement donner lieu à diverses psychoses, mais, jusqu'à ce jour, on ne peut citer que des observations éparses. Il est nécessaire d'entreprendre des recherches systématiques.

6) Les petits syndromes mentaux souvent rencontrés dans l'hérédité des aliénés paraissent être fréquemment liés à la syphilis héréditaire.

7) Les hérédités alcooliques, tuberculeuses, névropathiques doivent faire l'objet de nouvelles investigations.

L'hérédité névropathique n'est, dans certains cas, qu'une hérédosyphilis de 2^e ou de 3^e génération. »

Quels arguments viennent appuyer ces conclusions ?

Hamel a pratiqué à Maréville, sur la totalité des malades adultes non paralytiques généraux et non syphilitiques acquis, les réactions humorales suivantes :

dans le sang : Hecht, Calmette, Jacobsthal, Meinicke ;

dans le liquide céphalo-rachidien : Wassermann, Jacobsthal, cytologie, albuminose totale.

Lopez Albo à Zaldivar (Viscaya) a opéré de même sur les malades de son asile en recherchant :

dans le sang : Bordet-Wasserman ;

dans le liquide céphalo-rachidien : cytologie. Recherche de l'albumine (méthode Brandberg). Globuline (Pandy, Weichbrodt). Réaction de Lange à l'or colloïdal. Réaction du benjoin. Bordet-Wassermann.

Il est à noter que les chiffres de Lopez Albo, qui s'appuie sur des réactions beaucoup plus délicates et moins étroitement spécifiques, sont nettement supérieurs à ceux de Hamel.

	Hamel				Lopez Albo
Démences organico-séniles.....	6	8	42,85 %		71,42 %
Oligophrénies.....	15	21	41,66 %		45,75 %
Démence précoce...	18	32	36 %	D. P. paranoïde	62,50 %
				D. P. simple	46,51 %
Psychose maniaco-dépressive.....	23	47	32,85 %		44,44 %
Psychose épileptique	9	28	24,32 %		57,85 %
Psychose hallucinatoire chronique...	6	32	13,77 %		32,29 %
Confusion.....	1	6	14,28 %		5,80 %

Malgré son titre, la thèse de Pierre Royer paraît presque un retour vers une conception plus large, ses conclusions générales sont en effet :

« Notre étude montre que la psychose hallucinatoire chronique est parfois d'origine syphilitique. Elle confirme surtout l'opinion générale, qui veut que les psychoses syphilitiques revêtent souvent la forme hallucinatoire. »

Le problème thérapeutique a aussi préoccupé cet auteur ; nous croyons être l'interprète assez fidèle de ses idées en traçant le tableau suivant :

Royer étudie particulièrement :

1) les psychoses hallucinatoires syphilitiques sans signe d'atteinte cérébro-méningée. La thérapeutique associée : salicylate de soude, arsenic, améliore notablement cette forme, sans toutefois enrayer son évolution ;

2) les psychoses hallucinatoires syphilitiques avec signes transitoires d'atteinte cérébro-méningée. Ces formes sont les cas de succès thérapeutique.

3) les psychoses hallucinatoires syphilitiques avec signes permanents d'atteinte cérébro-méningée, les formes aiguës ou subaiguës peuvent être réduites, par le traitement, à un état d'hallucinoïse plus ou moins consciente. Les formes chroniques ne réagissent pas au traitement.

Dans une seconde partie, l'auteur, étudiant les états hallucina-

toires de la syphilis nerveuse, indique l'impuissance du traitement en présence des formes hallucinatoires pures, et au contraire l'action bienfaisante de la médication spécifique sur les troubles mentaux du tabès.

Nous passons sous silence les autres problèmes diagnostiques et symptomatiques.

Quant à la théorie pathogénique de Mlle Pascal (37), elle a été présentée dans son livre, en collaboration avec Davesne : « Le traitement des maladies mentales par les chocs. » Après avoir exposé la théorie des chocs anaphylactiques émotionnels, les auteurs en viennent à homologuer la notion de constitution au phénomène plus général de la sensibilisation et de la colloïdoclasie. Cette colloïdoclasie spéciale reçoit le nom de psycho-colloïdoclasie : « La sensibilisation se confond avec la prédisposition : toutes deux préparent le terrain psycho-colloïdo-clasique. » La prédisposition peut être héréditaire ou acquise. Ravaut fait jouer un rôle important à l'hérédo-syphilis dans la pathogénie des colloïdoclasies, et Mlle Pascal remarque : « La syphilis héréditaire et la syphilis acquise représentent, dans notre service, le tiers des cas : elles manquent rarement dans la constitution du terrain psycho-colloïdo-clasique. La psycho-colloïdo-clasie est fréquemment une syphiloclasie. »

La plupart de ces théories paraissent s'appuyer sur une interprétation très extensive de faits biologiques. Les uns accordent une étroite spécificité à bien des réactions, les autres généralisent une conception déjà bien élargie pour ne pas dire « étirée ». Un exemple de ces tendances paraît être la toute récente communication de Dublineau (38) à la Société Médico-Psychologique, au cours de laquelle cet auteur accorde une importance qui nous paraît disproportionnée à des ébauches de réactions colloïdales.

D'autres auteurs ont été émus par des coïncidences analogues, mais plus prudents les ont rapportées sans vouloir les interpréter. J. Royer (39), avec P. Abély et Durand (40), a rapporté l'existence de floculations dans la région méningée du benjoin au cours de psychoses hallucinatoires chroniques. Mais il signale expressément qu'il n'accorde à ce fait aucune signification dans l'ordre de l'étiologie syphilitique.

Dans des problèmes très circonscrits, beaucoup d'auteurs ont invoqué le rôle de la syphilis. Mais il ne s'agissait jamais dans leur pensée d'un rôle analogue à celui du pneumocoque dans la pneumonie, du bacille d'Eberth dans la fièvre typhoïde. Heuyer et

Sizaret (41) ont publié de nombreux cas d'automatisme mental chez des syphilitiques. Marchand (42) a signalé de nombreux cas de déments précoces porteurs de réactions humérales de la syphilis. Des constatations identiques sont faites pour l'épilepsie, la débilité et les oligophrénies.

Dans un ordre d'idée différent Guiraud (43), tout en soulignant le polymorphisme clinique de la syphilis encéphalique, fixe d'étroites bornes aux syndromes qu'elle peut réaliser.

De cette longue étude historique, l'enseignement essentiel paraît être la nécessité d'une extrême prudence. Pour prouver la nature syphilitique de telle ou telle affection, il ne nous suffira pas de constater la coexistence de réactions biologiques positives, mais encore l'épreuve du traitement ne sera pas de trop pour étayer une argumentation.

*
**

Le but de nos recherches est, précisément, d'apporter le résultat de traitements systématiques.

Technique et résultats

Toutes les malades reçues dans le service pendant notre observation ont fait l'objet, au point de vue spécifique, d'une triple enquête : recherche humorale, recherche des stigmates, recherche des antécédents. Les réactions pratiquées furent, dans le sang : Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn ; dans le liquide céphalo-rachidien : cytologie, albumine, Weichbrodt, Pandy, Benjoin, Bordet-Wassermann, Meinicke, Hecht. Dans nos affirmations diagnostiques, nous nous en tenons à la règle proclamée par Sicard (44) à la Réunion neurologique de 1920. « Il n'est qu'un seul critérium de certitude de la neuro-syphilis, c'est la constatation positive dans le liquide céphalo-rachidien de la réaction de Bordet-Wassermann. »

Sur 865 malades soumis à ces investigations :

17 présentent des réactions positives dans le sang seulement.

26 présentent des réactions positives dans le liquide céphalo-rachidien seulement.

56 présentent des réactions positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

9 présentent des réactions négativées par traitement antérieur à leur passage à l'Asile.

Rentre dans ces chiffres l'important contingent de paralytiques générales (51) traitées sans succès à Sainte-Anne et orientées vers les services de banlieue.

On a utilisé, selon les règles habituelles, la plupart des produits courants : stovarsol, acétylarsan, novar, sulfarsénol, quinby, muthanol, bivato!, cyanure de mercure, biodure de mercure. Ces diverses cures ont été appliquées selon les données classiques de Sézary, Ravaut et Gougerot.

Durant une expérience de quatre années, deux crises nitritoïdes, qui n'ont eu aucune conséquence grave, sont les seuls accidents constatés.

Les résultats obtenus peuvent se ranger en deux rubriques :

A. RÉSULTATS PHYSIQUES

Nous rapporterons la statistique des courbes de poids, qui nous paraît exprimer, mieux que toute autre considération, l'évolution de l'état général de nos malades.

Courbes ascendantes

0 à 2 kil. : 17 dont 5 paralytiques générales.
 2 à 5 kil. : 10 dont 5 paralytiques générales.
 5 à 10 kil. : 8 dont 5 paralytiques générales.
 10 à 20 kil. : 2.
 Soit : 37 dont 15 paralytiques générales.

Courbes descendantes

0 à 2 kil. : 14 dont 5 paralytiques générales.
 3 décès dont 2 paralytiques générales.
 2 à 5 kil. : 8 dont 5 paralytiques générales.
 5 à 10 kil. : 11 dont 6 paralytiques générales.
 3 décès paralytiques générales.
 10 à 20 kil. : 8 dont 4 paralytiques générales.
 2 décès paralytiques générales.
 Plus de 20 kil. : 1.
 Soit : 42 dont 20 paralytiques générales.

B. RÉSULTATS PSYCHIATRIQUES

Nous les résumons en un tableau des résultats bruts obtenus :

Nombre de malades	En traitement	Transferts	Sorties	Décès	Total
	51	27	16	18	112
Paralysie générale...	22	9	5	15	51
Tabès.....	1	—	1	—	2
Affaiblissement					
psychique.....	2	1	—	—	3
Déséquilibre	2	3	1	—	6
Délire polymorphe..	1	1	—	—	2
Etats dépressifs	1	—	2	1	4
— mélancoliques..	—	3	1	—	1
— maniaques.....	—	—	—	—	—
Excitation.....	2	2	2	—	6
Confusion.....	—	—	1	—	1
Alcoolisme.....	1	1	—	1	3
Débilité.....	4	5	2	—	11
Démence précoce...	8	2	1	—	12
Dém. paranoïde.....	1	—	—	—	—
Psychose hallucina- toire chronique...	6	3	—	1	10

Nous avons pensé qu'il serait fastidieux et inutile de rapporter, même succinctement, les observations de 112 malades traitées ; on ne peut non plus rapporter les « cas typiques », car l'indigence des résultats interdit de tenir compte de sorties exceptionnelles souvent requises par la famille en l'absence de guérison.

Compte tenu de ce fait que n'ont subi de traitement que des malades présentant un ensemble évident de réactions humérales positives, les conclusions de nos recherches peuvent se résumer ainsi :

Conclusions

A. CONCLUSIONS GÉNÉRALES

L'examen des résultats obtenus par une thérapeutique spécifique d'aliénés à réaction humorale positive permet ces constatations :

1) On peut parvenir, au point de vue humoral, à « blanchir » partiellement une notable proportion des malades. La disparition totale de toute réaction est assez rare, mais non exceptionnelle.

2) Malgré la très forte proportion de malades en très mauvais état, la thérapeutique spécifique permet de stabiliser les lésions viscérales ou cutanées. Il ne nous a pas été donné de constater de balancement ni de corrélation d'aucune sorte entre l'évolution du processus mental et l'évolution du processus physique.

3) L'épreuve du traitement ne nous a apporté aucun élément en faveur de l'étiologie syphilitique de psychoses autres que la paralysie générale et les troubles mentaux du tabès.

B. CONCLUSIONS SPÉCIALES

1° *Paralysie générale.* — La thérapeutique spécifique qui paraît s'imposer chez les paralytiques généraux *déjà impaludés* semble être le stovarsol. Lorsque l'état général le permet, il peut être associé à la pyrétothérapie soufrée. Cette méthode nous a permis :

— de conserver beaucoup de malades, et en particulier de raréfier considérablement les ictus si fréquents chez les paralytiques généraux ;

— de constater quelques améliorations, rares et partielles, dans des cas où avait été mise en œuvre la pyrétothérapie.

2° *Tabès.* — Stovarsol et arsenicaux pentavalents peuvent atténuer, dans une certaine mesure, les désordres tabétiques. Nous n'avons noté aucune action sur l'état mental des malades traitées.

3° *Psychose périodique.* — Nous ne croyons pas pouvoir attribuer à la thérapeutique spécifique les améliorations constatées chez les maniaques, les déprimées, les folies circulaires à réactions humorales positives.

4° *Démence précoce et groupe des schizophrénies.* — La seule rémission constatée au cours d'états de cette sorte sur les 12 schizophrènes syphilitiques traitées, peut-elle être valablement rattachée au traitement ?

5° *Psychose hallucinatoire chronique.* — Aucune amélioration n'a été constatée. Dans sa thèse, Royer (36) signale des succès thérapeutiques chez des malades présentant des signes d'atteinte cérébro-méningée transitoires. Parmi les malades de cette catégorie que nous avons observées, aucune amélioration n'a été notée. On peut donc se demander si le rapport entre la syphilis et les troubles mentaux ne sont pas que de pure coïncidence.

Notre statistique porte sur trop peu de cas des autres affections pour nous permettre d'émettre des conclusions à leur sujet.

BIBLIOGRAPHIE

1. FOURNIER. — *Syphilis du cerveau*, 1879.
2. BATTY TUKE. — Two cases of syphilitic insanity. *Journ. Ment. Sciences*, 1873-74, p. 560.
3. HAYES NEWINGTON. — *Journ. of Ment. Sciences*, p. 555.
4. SAMUEL WILKS. — *Journ. of Ment. Sciences*, avril 1874, p. 38.
5. GRAINGER STEWART. — Syphilitic insanity. *The Dutish Medical Journ.*, 1870.
6. CH. SCHUTZENBERGER. — De la syphilis comme cause de troubles fonctionnels graves de l'encéphale, simulant des affections idiopathiques du cerveau. *Gaz. Méd. Strasbourg*, 20 mars 1850.
7. KRÄPELIN. — *Psychiatrie*, 8^e édit., Leipzig Barth, 1911, t. II, 1^{re} part.
8. MARKUS. — *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, XXI.
9. PLAUT. — *Die Wassermansche Sero-diagnostic der Syphilis in ihrer Anwendung auf die Psychiatrie*, Munich, Fischer, Iéna, 1909.
- PLAUT. — *Ueber halluzinosen der syphilitiker*, Berlin, Verlag von Julius Springer, 1913.
10. FINCKH. — Rapport au LXXVIII Congrès des naturalistes et méd. allemands, Stuttgart. *Centralblatt. f. Nerv. u. Psych.*, 15 nov. 1906, p. 865.
11. ZIEHEN. — *Lehrbuch f. Psychiatrie*.
12. KLEIN. — *Monatsschrift f. psychiatrie u. Neurol.*, t. V-VI, 1899.
13. MAGNAN. — Des délires systématisés dans les psychoses. *Arch. Neurol.*, oct. 1894, vol. XXVIII, p. 275.
14. MARCHAND. — *Du rôle de la syphilis dans les maladies mentales*, Doin, 1906.
15. JALLET. — *Troubles psychiques de la syphilis. Thèse Paris*, 1911.
16. RÉGIS. — *Précis de Psychiatrie*, p. 755-760.
17. ARSIMOLES et HALBERSTADT. — Sur quelques syndromes mentaux dus à la syphilis cérébrale. *Rev. Neurol.*, 15 nov. 1912, p. 482.
18. MOURATOW. — Un cas de syphilis cérébrale. *Meditz obor.*, déc. 1902, I, 2.
19. CHASLIN et PORTOCALIS. — Un cas de syphilis cérébrale av. syndrome de Korsakoff. *Journ. de Psychol.*, 1908, p. 303.
20. TRÉNEL. — *Soc. Clin. Méd. Ment.*, 20 mai 1912, n^o 5, p. 188.
21. MARCUS. — Les psychoses syphilitiques aiguës. *Rev. Neurol.*, 1920, p. 654.
22. WESTPHAL. — Réunion des aliénistes de la province rhénane, 1908. *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1908, p. 829.
23. JOLLY. — Syphilis und Gersteskrankheiten. *Berl. Klin. Noehenshr.*, 1901.
24. MOSNY et BARAT. — Psychose aiguë à forme maniaque dépressive et réaction méningée d'origine syphilitique. *Encéphale*, 10 juin 1910, t. I, p. 720.
25. LAIGNEL-LAVASTINE et VALENCE. — Psychose périodique chez un hérédo-syphilitique. *Rev. Neurol.*, 1926, p. 108.
26. ROUBINOVITCH et LEVADITI. — *Syphilis et démence précoce*, 1910.
27. HILDENBRAND. — De la syphilis dans ses rapports avec l'aliénation mentale. *Thèse Strasbourg*, 1859.
28. KIERNAN. — *Journ. of Nervous et Ment. Disease*, juillet 1880.
29. KERAVAL. — La folie syphilitique. *Le Caducée*, 20 fév. 1903, p. 43.
30. JACQUIN. — *Les Syphilopsychoses. Thèse de Lyon*, 1899.

31. MICKLE. — L'aliénation mentale et ses rapports avec la syphilis. *Journ. of Ment. Sciences*, janv. 1880.
 32. PARANT. — Syphilis et folie. *Ann. Méd.-Psych.*, 1888, t. II, p. 411.
 33. RAVIART. — *Presse Médicale*, 1908.
 - 33^b. TARGOWLA. — Psychoses syphilitiques. *Ann. de Méd.*, sept. 1923.
 34. HAMEL et LOPEZ ALBO. — Hérédo-syphilis dans les maladies mentales. *Congrès des Alién. et Neurol. Langue française*, Barcelone, 1929.
 35. DROUET et HAMEL. — *L'hérédo-syphilis mentale*, 1930.
 36. P. ROYER. — Contribution à l'étude des psychoses syphilitiques, psychoses hallucinatoires chroniques et syphilis. *Thèse Nancy*, 1935.
 37. PASCAL et DAVESNE. — *Thérapeutique par les chocs*, Masson, 1926.
 38. DUBLINEAU. — *Ann. Méd.-Psych.*, 1935, t. II.
 39. J. ROYER. — La réaction du type méningitique dans certaines maladies mentales et plus spécialement dans les psychoses hallucinatoires chroniques. *Thèse Paris*, 1935, Jouve édit.
 40. Paul ABÉLY, J. ROYER et Ch. DURAND. — La précipitation du type méningitique du benjoin colloïdal dans certains cas de psychoses hallucinatoires chroniques. *Ann. Méd.-Psych.*, 1935, p. 311-319.
 42. L. MARCHAND. — Démence précoce syphilitique. *Soc. Clin. Méd. Ment.*, 16 mars 1925.
 - L. MARCHAND. — De la démence précoce chez les syphilitiques. *Congrès de Paris*, 1925.
 - L. MARCHAND, J. FORTINEAU et Mlle PETIT. — Syndrome de démence précoce. Réactions syphilitiques positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. *Ann. Méd.-Psych.*, juillet 1935.
 - L. MARCHAND. — Démence précoce et lymphocytose. *Ann. Méd.-Psych.*, janv. 1937.
 43. P. GUIRAUD. — Polymorphisme de la syphilis encéphalique. *Ann. Méd.-Psych.*, 1925.
 44. SICARD. — Syphilis nerveuse et son traitement. *Rev. Neurol.*, 1920, p. 614.
-

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 8 Avril 1937

Présidence : M. René CHARPENTIER, président

PRÉSENTATIONS

Pathomimie chez un débile vaniteux, par MM. J. FRETET et M. ROUGEAN (travail du service du docteur R. Anglade).

Il semble que ce ne soit guère que depuis 1908 que furent publiées des observations de véritables pathomimes, bien différents des simulateurs proprement dits.

C'est à cette époque que Dieulafoy présenta ce malade qui, antérieurement amputé du membre supérieur gauche, tentait de subir la même intervention du côté droit en provoquant, par des applications répétées de soude caustique, l'apparition de volumineux placards d'aspect gangréneux.

Puis, en 1909, Apert et Brac présentèrent, à la Société de Dermatologie, un enfant ayant simulé à la fois des lésions cutanées, des abcès, de l'astasia abasia, de l'incontinence d'urine et une forte élévation thermique.

La même année, Boudon et Caravey publiaient le cas d'une infirmière de 17 ans qui avait simulé d'abord une crise d'appendicite, puis, servie par une inégalité pupillaire et une otite réelles, avait réalisé le tableau clinique d'un abcès du cerveau pour lequel elle fut opérée deux fois.

Deux ans plus tard, Perrin et Thiry présentaient une cuisinière de 23 ans qui prétendait vomir des vers et qui tenta de convaincre son médecin en lui remettant un flacon contenant des vers de terre communs baignant dans un peu de salive.

Plus récemment, en 1934, M. Banzet, chirurgien des Hôpitaux, mettait en garde ses confrères contre un malade qui allait d'hôpital, en hôpital, toujours en quête d'une intervention grave puisqu'il simulait un tableau d'ulcère perforé, pour lequel il avait réussi à se faire opérer 7 fois.

Tout dernièrement enfin, MM. Roger, Alliez et Paillas firent ici même une communication relative à une chirurgicomane qui totalisait 17 interventions.

Il convient, nous semble-t-il, de relever, à propos de ces observations un certain nombre de caractères qui paraissent communs à tous ces pathomimes.

Ce sont, le plus souvent, des sujets jeunes.

Ils n'ont en général pas d'intentions intéressées, ce qui les distingue des simulateurs proprement dits.

Ce ne sont, en général que des débilés vaniteux et mythomanes dont le seul but est de se rendre intéressants et dont l'activité mythique va jusqu'au mépris de leur propre intérêt et même de leur existence. Ils obéissent aveuglément à leur idée fixe et persévèrent dans la voie qu'ils se sont tracée jusqu'à ce qu'ils aboutissent ou qu'ils soient démasqués, et, alors même qu'ils le sont, il est exceptionnel qu'ils avouent leur supercherie.

Enfin, certains auteurs ont insisté sur l'importance de la profession dans la genèse de cette curieuse forme mentale. Il s'agirait le plus souvent de personnes, telles qu'infirmiers, infirmières, étudiants en médecine, que leur profession médicale ou paramédicale a amené au contact de véritables malades qu'ils ont eu tout le loisir d'étudier pour les copier ultérieurement.

B. âgé de 35 ans est entré dans le service en décembre 1935. Son activité, antérieurement à 1932, ne nous est connue que par les renseignements qu'il nous a donnés lui-même.

Né en Hongrie, B. y demeure jusqu'à l'âge de 17 ans 1/2. Tout en apprenant le métier de bottier, il suit assidûment les cours du soir, car il veut continuer ses études afin, dit-il, de choisir une profession libérale telle que médecin, avocat ou ingénieur. Il étudie en même temps la musique et, décidé en outre à perfectionner sa connaissance des langues et des mœurs étrangères, il quitte la Hongrie à pied, sans passeport, et, après diverses vicissitudes, ayant traversé l'Autriche, l'Allemagne et la France, il arrive à Vigo où réside son frère. Au bout de six mois, il repart et s'embarque comme homme de peine

sur un paquebot à destination de Buenos-Ayres. A Buenos-Ayres, il est successivement plongeur, puis violoniste dans un restaurant, enfin garçon de salle dans une clinique. A la suite d'une indécatesse commise par un de ses compatriotes, B. qui devient d'une discrétion suspecte dès qu'on aborde cet épisode de sa vie, retourne à Vigo qu'il quitte bientôt, sans y avoir trouvé de travail, pour aller à Madrid, où il reprend son métier de bottier. Il y reste 5 ans. Son instabilité le mène ensuite dans de nombreux pays, en Italie, au Portugal, en Belgique, en Hollande, en Suisse où il ne reste jamais que quelques mois, vivant de petits métiers, homme de peine, marchand de cravates, homme sandwich, etc... qui continuent du reste à assurer sa subsistance depuis 1926, date de son installation définitive en France.

C'est en 1932, que B. fait son apparition dans les Hôpitaux de Paris ; il va d'abord consulter à la Charité pour des troubles cardiaques, mais on lui découvre en réalité un diabète insipide pour lequel on le traite.

Il en est de même en 1934, à l'hôpital Rothschild où il est hospitalisé pendant deux mois.

A la fin de la même année, il est renversé par un camion et une fracture du crâne le maintient 2 mois 1/2 à Saint-Louis où il n'est pourtant pas opéré.

Ce n'est que l'année suivante que, souffrant de maux de tête, il se présente dans le service de M. Clovis Vincent où il est trépané ; on découvre une grosse arachnoïdite et on libère la tige pituitaire de 7 ou 8 tractus arachnoïdiens.

Après l'intervention, B. se montre insatisfait, agité, grossier et conduit d'abord à Tenon, il est immédiatement dirigé sur l'Admission de Sainte-Anne d'où on l'envoie à Villejuif le 24 décembre 1935. A son arrivée à l'asile, B. se montre très loquace ; il est extrêmement heureux de raconter son histoire qu'il se plaît à enjoliver de nombreuses inexactitudes. C'est en particulier sur la période de sa vie passée à Buenos-Ayres dans une clinique qu'il se plaît à s'étendre avantageusement. Ses fonctions de garçon de salle sont présentées par lui comme de très sérieuses études médicales, il s'en faut de peu qu'il ne se présente comme un confrère. Du reste il donne volontiers des consultations aux autres malades. Il s'excuse de l'incertitude de ses diagnostics car, dit-il, il n'a fait que 3 ans d'études et n'a pu de la sorte obtenir son diplôme. Cela ne l'empêche pas, si on le lui demande, de rédiger des ordonnances qu'il signe « Assistante B. ».

Les questions théoriques ne l'embarrassent pas davantage :

Le mouvement des reins fait fonctionner le foie qui fait lui-même fonctionner l'estomac qui communique avec l'intestin : voilà le rôle de l'appareil digestif.

Pour chercher le sucre dans les urines, on les met dans un tube qu'on secoue un peu ; on laisse reposer jusqu'au lendemain et le sucre tombe au fond.

Il connaît tout : la thérapeutique, la technique de la ponction lombaire, les signes et le traitement de la syphilis, etc... Il a même inventé un traitement de l'hémiplégie par incision cruciale pratiquée au niveau de la cuisse sous anesthésie au chlorure d'éthyle. Il favorise ainsi la circulation du sang, et guérit son malade.

La mythomanie et la vanité puérile de B. s'étendent d'ailleurs à tout ce qui le concerne : sa réputation est sans tache. Il plaît beaucoup aux femmes mais se méfie d'elles car s'il manifestait de l'intérêt à une seule, toutes viendraient l'importuner.

Il a pratiqué tous les sports, de la lutte gréco-romaine et japonaise à la natation. Il avait beaucoup d'influence à Madrid. Les Hollandais n'arrivaient pas à travailler aussi vite que lui. Il a la prétention de parler le Français à la perfection, etc...

L'étendue de ses connaissances fait de B. un critique sévère : les médecins de l'asile sont des ignorants et leurs soins sont sujets à caution. On ne comprend rien à ce dont il souffre et il veut aller se faire soigner ailleurs. Car il est malade :

Déjà, à son arrivée dans le service après sa trépanation, il se plaignait du foie, des reins, de la colonne vertébrale et de la colonne transversale, du crâne, des oreilles. Il avait des épistaxis et un rétrécissement considérable du champ visuel.

L'ensemble de ces troubles étranges n'ayant pas amené, après un examen somatique complet et négatif, la mise en œuvre du traitement que B. préconisait, il décida d'attirer notre attention d'une manière plus frappante encore et présenta pendant quelques jours des hémorragies intestinales assez abondantes qui cessèrent dès qu'on lui eut mis le maillot. Il a, depuis, reporté son activité pathomimique sur sa trépanation qui a laissé subsister une brèche fronto-pariétale droite au niveau de laquelle il entretient par grattage une ulcération persistante qu'il a depuis peu réussi à infecter. Il explique qu'il a une tumeur du cerveau et faisant fi de nos soins inexperts, il désire retourner dans le service de M. Clovis Vincent pour y être trépané une deuxième fois.

Du reste, depuis qu'il s'est rendu compte que nous ne prenions pas sa maladie au sérieux, B. ne cesse de récriminer, de critiquer, de se plaindre qu'on le torture au lieu de le soigner et de réclamer sa sortie.

Nous nous sommes renseignés dans les divers services où il est passé avant de venir à Villejuif, et nous avons appris qu'il n'en était pas à ses débuts en matière de pathomimie. En 1932, déjà, à la Charité, il avait été mis à la porte du service de M. le Professeur Sergent, parce que, soigné pour diabète insipide, il volait la boisson des autres malades et leurs urines qu'il mélangeait aux siennes pour rendre plus imposant le chiffre de sa polyurie qui atteignait de la sorte 10 à 12 litres.

À la Pitié, ensuite, il présenta, après l'intervention, une température paradoxale qu'il obtenait en faisant monter son thermomètre,

et des hématuries qu'il simulait en mélangeant à ses urines le sang des épistaxis qu'il présentait.

Il s'est plaint à diverses reprises de troubles cardiaques importants, mais tous les médecins qui l'ont examiné ont trouvé son cœur normal. Du reste, l'examen somatique de B. s'est avéré en tous points négatif.

Ce malade nous a paru réunir tous les caractères que nous avons relevé dans les diverses observations de pathomimie que nous avons retrouvées :

C'est un homme jeune ; il semble dénué d'intentions intéressées et lorsqu'il s'est fait hospitaliser, c'était toujours à une époque où son travail lui permettait de vivre. C'est assurément un débile vaniteux qui tient à attirer l'attention sur lui, fût-ce aux dépens de sa santé, et il semble que, comme beaucoup de ces malades, il ait puisé dans de vagues souvenirs paramédicaux les éléments de ses multiples simulations.

C'est pourquoi nous avons pensé pouvoir vous le présenter. Enfin, il est à remarquer que l'activité simulatrice de ce malade a débuté, semble-t-il, en même temps que l'arachnoïdite pour laquelle il a été trépané et nous nous sommes demandés s'il n'y avait pas là plus qu'une coïncidence.

Réactions pathomimiques d'une débile (Malade du service du Dr P. Guiraud), par MM. G. DAUMÉZON, G. FERDIÈRE et HADJI-DIMO.

Mlle M... Marie-Thérèse, 20 ans, sans profession, entre à l'Admission le 15 février 1937 venant de l'Hôpital Henri-Rousselle. Ce qui frappe d'emblée, c'est l'aspect de débilité et la subexcitation, mais il n'existe aucun délire et le Dr Guiraud conclut à la simple observation. Pendant trois jours, elle aide aux soins du ménage, et l'on songe la renvoyer bientôt mais, le 18, apparaît une fièvre à 38° qui monte le lendemain à 40° ; l'état est alarmant.

Il n'y a pas de signes physiques nets, mais la malade est anhéante, presque asphyxique, on a l'impression d'une affection très sérieuse, si bien qu'un avis d'état grave est envoyé à la famille.

La fièvre cédera cependant, ne laissant rien subsister, et en 24 heures on assiste à une véritable résurrection.

La mère nous indique alors que sa fille, très fréquemment, a présenté des épisodes hyperthermiques très graves cédant aussi rapidement. Elle attire notre attention sur deux interventions chirurgicales, laparotomie d'urgence sans résultat ; greffe d'Albee consolidant un mal de Pott hypothétique.

Un interrogatoire serré sur le curriculum vitæ de Marie-Thérèse nous permet alors de mettre en évidence toute une série de « simulations » de maladie.

Enfant naturelle, et probablement adultérine, Marie-Thérèse n'a jamais vécu avec sa mère qui, dès sa naissance, l'a placée en pension. De 7 à 9 ans, après une enfance physiquement normale, elle fit un séjour de 18 mois à Berck pour un Pott qui se consolide parfaitement. Puis à partir de 13 ans, elle passa d'une pension religieuse à l'autre, renvoyée pour indiscipline, débilité, elle avoue en riant : « Je faisais toutes sortes de comédies ». La discipline religieuse stricte, les punitions quelquefois un peu violentes, lui font désirer quitter le milieu dans lequel elle vit. En 1929, elle avait 14 ans, envoyée pour une plaie du genou aux Enfants-Malades, elle a l'idée de frotter la plaie avec une alèche mouillée d'urine « pour faire durer le plaisir », afin de rester plus longtemps à l'hôpital.

A 15 ans, après un séjour dans un patronage de relèvement, elle entreprend d'utiliser son séjour ancien à Berck : elle se plaint du dos, marche courbée et pour la première fois, alitée, fait monter le thermomètre par frottement. Renvoyée de Berk après radiographies, les médecins ne trouvant rien, elle subit une réprimande maternelle. « Ah ! tu dis que je n'ai rien — que j'ai fait — eh bien ! tu vas voir. J'ai retourné chez les sœurs, et j'ai tenu bon, je me tenais toute courbée, je ne mangeais plus pour pouvoir maigrir. A la fin, on m'a envoyée à Cochin. C'est bien tombé, ils ont trouvé quelque chose. »

Dans les archives du service Delbet que M. Lenormant nous a obligeamment autorisé à consulter, nous avons, en effet, retrouvé l'observation de Marie-Thérèse. Elle se termine ainsi : « lésions anciennes calcifiées, cependant en présence des signes fonctionnels une greffe d'Albee est instituée. »

A la fin de la convalescence, un dimanche des Rameaux, une religieuse vient visiter la malade et lui parle de son prochain retour. « Quand j'ai vu cela, je me suis mise à crier que j'avais mal au ventre et j'ai fait monter la température. A 4 heures du soir, l'interne m'a opérée, il a rien trouvé bien sûr. » Nous avons retrouvé aussi mention de cette laparotomie : « 14 h. 15 : la malade se plaint d'avoir ressenti il y a quelques minutes une vive douleur dans la région épigastrique. Crise au moindre attouchement. Défense généralisée. π : 90. Température : 39°5.

15 h. 15, même état. π : 95, laparotomie ombilicale, etc., etc... »

Après ces exploits les pérégrinations d'un pensionnat à l'autre reprennent, ponctuées de fugues, et de brutales maladies intercurrentes. « Quand j'en avais bien marre et que j'étais punie, je disais que j'étais malade, je faisais monter le thermomètre, oh ! pas tout de suite à 40°, d'abord à 38°, 38°6 le soir, puis au bout de deux jours, j'arrivais à 40, jamais plus. »

« Finalement, je ne savais plus quoi inventer, alors j'ai fait des choses graves : j'ai fait des sacrilèges. » Elle indique qu'ayant trouvé

la clef de la sacristie, elle s'introduisit dans cette pièce et remplaça dans le tabernacle les hosties consacrées par les non-consacrées, puis elle plaça ces dernières dans les poches des sœurs, en les entourant de fil pour faire des pelotes dans lesquelles elle plantait des aiguilles. Découverte, elle avoua tout disant à la supérieure : « Allez-vous maintenant me laisser partir ? »

A la suite d'un tel scandale, un essai de placement chez un oncle fut tenté mais qui se termina par une fugue. Finalement Marie-Thérèse fut envoyée à Henri-Rousselle. « Je m'y trouvais très bien et un jour, j'ai entendu dire qu'on allait me renvoyer chez les sœurs, alors j'ai fait monter le thermomètre. » Surprise après quelques nouvelles espiègeries, elle est envoyée à Sainte-Anne.

Elle nous explique : « Quand j'ai été malade là-bas à l'Admission, je vous jure que c'était pour de vrai, seulement ça tombait bien, parce que j'avais entendu qu'on voulait me renvoyer. Alors j'étais bien contente et j'ai un peu exagéré. Mais j'ai pas fait monter le thermomètre, d'abord les infirmières me le tenaient, alors. » Et c'est ainsi qu'une grippe banale avec hyperthermie un peu élevée fut assortie d'une symptomatologie alarmante.

Marie-Thérèse actuellement présente un léger degré d'excitation hypomaniaque et l'on songe en la voyant agir à une enfant espiègle et insupportable de 7 à 8 ans. On note la mimique rapide animée, le jeu constant, les taquineries, les plaisanteries, parfois des associations par assonances. Constamment au moindre geste elle élève les avant-bras pour parer une gifle éventuelle.

Au test Binet-Simon, on trouve un niveau de 10 ans, mais la malade est entraînée aux questions qui lui ont été déjà posées et dont elle connaît les réponses. Dans le service elle se livre à des travaux de lingerie qu'elle accomplit très correctement.

Questionnée sur ses intentions : « Je vous en supplie, ne me renvoyez pas chez les sœurs. Gardez-moi ici jusqu'à mes 21 ans, après je ferai ce que je voudrai. »

L'interrogatoire met en lumière des tendances mythomaniaques : elle raconte ainsi qu'un jour, excédée par les « traitements subis » elle a fait avec une camarade une tentative de suicide, elle a ouvert les veines du poignet de sa camarade qui, le lendemain, est morte des suites de l'hémorragie, le lendemain elle nous avoue avoir inventé ce secret de toute pièce. Un jour, voyant notre montre, elle dit en riant : « je vais te la voler et je la cacherai dans un coin. »

D'après les renseignements, on n'a noté dans les diverses maisons qu'elle a fréquentées aucune perversion spéciale, seules ses espiègeries la rendaient insupportable et nécessitaient son renvoi.

Une telle pathomimie indiscutable appelle quelques commentaires : elle montre une malade d'un niveau mental inférieur, sans aucune culture médicale trompant des médecins expérimentés par des moyens extrêmement simples utilisés avec un aplomb

et une constance d'autant plus imperturbable que, débile, la malade est moins consciente de la valeur de ses actes.

Cette pathomimie, entièrement consciente, volontaire, sous la dépendance d'une finalité pragmatique évidente et avouée, ne peut absolument être rapprochée d'un accident pithiatique.

Dans la pathomimie, il existe des degrés variables avec l'état mental et le niveau des sujets : le malade de Dieulafoy, endurant des mutilations multiples, maquillant ses enfants pour faire croire à une maladie familiale, paraît avoir construit un système auquel il se conforme des années durant ; Roger Alliez et Pailhas ont rapporté, en décembre dernier, un cas analogue ; à l'opposé, existent ces simulations fractionnées occasionnelles entièrement liées à la situation dont notre malade nous offre un exemple.

Paralysie générale infantile et neurosyphilis familiale, par MM. J. DELMOND, Y. LONGUET et L. ANGLADE.

Les travaux concernant la paralysie générale infantile sont déjà très nombreux, aussi nous excuserons-nous tout d'abord de n'y faire que de très courtes références, en raison des limites qui nous sont imparties. Sur 108 déments paralytiques récemment observés par l'un de nous, nous avons pu suivre, dans le service de notre maître, M. le D^r Marchand, un cas de forme infantile, celui que nous rapportons ici. Il nous paraît démonstratif de l'évolution progressive, dès le premier âge, d'un processus neurosyphilitique en activité, chez un enfant dont la mère présente, de son côté, une neurosyphilis latente.

OBSERVATION. — L'enfant Gérard D., 13 ans, entré à l'Asile Clinique le 24 février 1937, avec le certificat suivant du D^r Dupouy :

« Paralysie générale infantile. Excitation psychomotrice désordonnée. Idées mégalomaniaques infantiles : il gagnera beaucoup d'argent, à jouer aux crayons de couleur ; il gagnera des trains électriques. Turbulence extrême, cris, chants, sauts. Gâtisme. Déformations pupillaires et Argyll. Dysarthrie légère. Grincement des dents.

« Sang : Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn positifs.

« Liquide céphalo-rachidien : albumine 0 gr. 57 (réaction des globulines positive) ; leucocytes : 12. Benjoin : 22222.22222.21000. »

Examen : c'est un enfant d'une gracilité particulière, un peu pâle, d'un développement physique plutôt inférieur à la normale. Somnolent et hypotonique le premier jour, il s'est montré par la suite constamment exubérant et expansif tant au point de vue verbal que moteur.

Motricité : instabilité motrice considérable, mouvements, contorsions incessantes. Il touche à tout. On ne peut lui faire conserver les attitudes, même quelques secondes. Faiblesse musculaire notable avec hypotrophie relative. Les mouvements sont maladroits et assez incoordonnés, la marche sans ataxie mais avec jambes légèrement écartées.

Activité verbale : incohérente, souvent grossière. Exclamations bruyantes, pressées, continuelles, monotones, avec élisions syllabiques et dysarthrie. On note des stéréotypies verbales palilaliques (« C'est Daniel Lévêque qui a fait ça »), des persévérations utilisant généralement le dernier mot de la phrase. A noter d'assez curieuses persévérations graphiques syllabiques : « geraritari gerardederome, piriritri, binini, omirariteraire »...

Orientation générale : désorienté dans le temps et l'espace, mais reconnaît les personnes, les médecins. Attention spontanée divergente, attention provoquée impossible à fixer, ne répond que très rarement aux questions. Indifférence affective complète. N'a pas la moindre notion de son état, de sa situation. Gros troubles de la mémoire de fixation et fabulation quant aux souvenirs anciens.

Son vocabulaire est très pauvre. Il est incapable de tracer plus de quelques mots stéréotypés à propos de son nom, dit les jours de la semaine mais se trompe dans les mois. Il fournit des réponses de fantaisie aux épreuves de chiffres et ne reconnaît pas les pièces de monnaie, ne sait pas indiquer sa main droite. Les autres tests n'ont pu être pratiqués en raison de sa turbulence.

On note des variations de l'humeur élémentaires, il pleure comme un bébé à propos d'une piqûre, puis sourit dans ses larmes et recommence à s'agiter. D'une façon générale, son hyperactivité motrice est mise au service d'un monologue exalté et ludique, et parfois d'un comportement malpropre (crache partout, se barbouille avec ses crachats).

Examen ophtalmologique (D^r Lagarde) : Anisocorie au profit de la pupille gauche, les deux pupilles de dimensions moyennes, mais très déformées et rigides à la lumière. Abolition du réflexe consensuel, réactions faibles à l'accommodation. Pas d'altérations du fond d'œil ni de nystagmus.

Autres nerfs crâniens : aucune atteinte, à part la dysarthrie et un ptosis transitoire signalé à l'entrée.

Stigmates et malformations corporelles : ils sont (comme dans la majorité des cas) en très petit nombre. Bosses frontales. Pas de signes dentaires. Voûte palatine normale. Légère asymétrie faciale : du côté gauche, implantation plus basse des cheveux, côté moins développé. Appendice xyphoïde bien développé. Genu varum. Reliquat de fossette coccygienne. Il n'y a pas vraiment d'hypogénitalité, mais absence de poils axillaires et pubiens. La stature, avons-nous dit, est plutôt gracile et il y a une faiblesse musculaire.

Les réflexes tendineux sont uniformément vifs, les rotuliens polykinétiques. Cutané-plantaire en flexion, crémastériens et cutanés abdo-

minaux normaux. Ajoutons encore qu'il y a peu de tremblement digital, mais surtout de l'instabilité motrice. Langue instable avec fibrillations.

Voici maintenant l'*histoire familiale* de l'enfant D... :

Son père se fit soigner « par piqûres » sans rien expliquer à sa femme, pendant 4 à 5 ans. Son état alla s'aggravant, quoique, selon ses dires, ses réactions fussent négatives, et il mourut en février 1933 « d'anémie pernicieuse ». A ce moment, sur le conseil d'un médecin, examen du sang de l'enfant et découverte de sa syphilis ; examen du sang de la mère, à réactions alors négatives, et de son liquide céphalo-rachidien, qui fournit les résultats suivants (10 novembre 1933) : Albumine : 0 gr. 30 (réaction de Pandy positive). Leucocytes : 8. Benjoin : 11110.12221.00000. Bordet-Wassermann positif. L'examen du sang fournit actuellement les résultats suivants (11 mars 1937) : Bordet-Wassermann partiellement positif ; Meinicke partiellement positif ; Kahn positif +++.

Gérard D. est enfant unique et il n'y a eu ni fausses couches ni morts-nés, ni morts en bas âge, avant comme après sa naissance (ce dernier point est conforme à la loi de Kassowitz). Rien de particulier chez les parents n'a marqué l'époque de la conception. La grossesse s'est déroulée normalement. L'accouchement se fit à terme et sans incidents. Par la suite, ni la mère (ni, dit-elle, le père) ne présentèrent quelque manifestation clinique de syphilis que ce soit. La mère se jugeait en bonne santé avant les découvertes de laboratoire.

Pendant les trois ou quatre premières années de sa vie, l'enfant présentait peu de signes physiques anormaux. Il n'a pas eu de convulsions. Son hypotonie musculaire avait cependant attiré l'attention : « il ne tenait pas assis sur son lit, il fallait le caler avec des oreillers ». On note comme maladies : coqueluche, rougeole, un *zona intercostal*, un accès de spasme de la glotte à 6 ans.

Il n'a jamais joué avec ses camarades. A 4 ans il avait appris à monter sur un tricycle, puis il devint si maladroit qu'il dut cesser cet exercice. A 6 ans, il est allé en classe, mais en dépit de leçons particulières il put à peine apprendre à lire, écrire et compter. Il demeurerait de caractère doux. Ses nuits étaient calmes.

Ce n'est que six jours avant son entrée à Ste-Anne qu'il a présenté une grande agitation avec céphalées, salivation, gâtisme.

Traitements antérieurs : de 1931 à 1935 il reçut un traitement endocrinien (thymus, thyroïde, hypophyse, testicule) en raison de sa chétivité. En février 1933 furent commencées 4 séries successives de Sulfarsénol, puis 5 séries de 20 injections de Stovarsol (en tout 50 gr.), associées au Bivato. En 1935 le Wassermann dans le sang est ultrapositif, aucune amélioration n'est constatée. L'âge mental de l'enfant est évalué à 6 ans. Sulfarsénol, opothérapie : légère amélioration physique. Suivent encore 8 séances de « touches nasales » et 30 séances.

charlatanesques de « haute fréquence » par une masseuse experte en « magnétisme ». On nota simplement l'apparition de tendances nouvelles à la masturbation et de désordres divers dans le domaine moral.

COMMENTAIRE. — En résumé, dans ce cas de paralysie générale infantile à forme dementielle, avec agitation, instabilité motrice et stéréotypies, on retrouve (et c'est ce sur quoi nous voulons insister), dès la quatrième année de la vie, des troubles du développement psychomoteur (maladresse, hypotonie), qui se manifestent encore par la suite sous forme de retard scolaire et de pauvreté des acquisitions, de déféctuosités du comportement social (absence de jeu à plusieurs, isolement, inertie). L'évolution se poursuit de façon continue, non pas en deux temps, comme dans la paralysie générale juvénile, et ceci en dépit des traitements — ce qui paraît malheureusement la règle dans la paralysie générale de l'enfant —.

La coïncidence d'une neuro-syphilis latente, à symptomatologie humorale (« Liqueurues » des auteurs allemands), chez la mère n'est pas un fait absolument exceptionnel. On a même pu citer des familles de paralytiques généraux, mais l'hypothèse émise à ce sujet d'un neurotropisme spécial des tréponèmes n'a pas reçu confirmation. Parmi les enfants des neuro-syphilitiques, les uns (dans une faible proportion) deviennent paralytiques, les autres montrent des formes de syphilis osseuse ou dystrophique (1, 2).

On a pu soutenir, relativement à la paralysie générale infantile (3, 4), parfois à l'aide d'arguments assez conjecturaux, la possibilité d'infections syphilitiques très précoces, voire même de contaminations remontant à la vie intra-utérine, de syphilis congénitales type Cazenave (M. Pinard, 5). Ces hypothèses ne semblent pouvoir être retenues que pour un très petit nombre de cas, tels que celui de Crouzon, Mollaret et Macé de Lépinay (5), où l'époque de la contamination — par syphilides des parents — est bien établie. Drouet et Hamel (6) considèrent comme certaine l'origine hérédo-syphilitique de la paralysie générale infantile.

Contre cette origine, il ne semble pas que l'on puisse tirer argument de la rareté des *stigmata*. C'est une constatation paradoxale, mais fondée sur un grand nombre de faits. Des statistiques très importantes (1, 7, 8) montrent que ces stigmata sont très peu nombreux dans la plupart des observations de paralysie générale juvénile avec hérédo-syphilis pourtant authentiquement prouvée. La localisation nerveuse primitive pourrait être exclusive de dystrophies graves.

Parmi les paralytiques généraux infantiles, il en va de même. Un grand nombre d'entre eux sont, d'autre part, des oligophrènes, arriérés dès leur naissance, retardés au point de vue physique et se présentant par la suite, soit sous l'aspect de l'idiotie (comme l'ont bien montré, dès 1899, M. Toulouse et notre maître M. Marchand) (9), soit sous celui de la démence paralytique. Ce retard du développement psycho-moteur ne doit pas être considéré comme un stade « préparalytique », mais doit être vu dans l'ensemble d'une hérédosyphilis mentale, dont le processus donne ainsi parfois des preuves de son activité dès le plus jeune âge.

BIBLIOGRAPHIE

1. KLAUDER et SOLOMON. — Juvenile Paresis, with a Presentation of Twenty-three Cases. *Amer. J. of Med. Sc.*, 166, 545, 1923.
2. SÉZARY. — Syphilis nerveuse familiale. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, p. 1182, 1930.
3. PICHARD, Y. ANDRÉ et M. LECONTE. — *Ann. Méd.-Psych.*, 93, II, 805, 1935.
4. DUPOUY (R.) et J. ROYER. — *Ann. Méd.-Psych.*, 94, II, 634, 1936.
5. CROUZON, MOLLARET et MACÉ DE LÉPINAY. — *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, I, 626, 1934.
6. DROUET et HAMEL. — *L'Hérédosyphilis mentale*. Paris, Masson, 1930, p. 146.
7. STEWART (R.-M.). — Juvenile Types of General Paralysis. *J. of Ment. Sc.*, 29, 602, 1933.
8. MENNINGER (William-C.). — Juvenile Dementia paralytica. I. The Incidence, Sex and Age at Onset. *Amer. J. of Syph. and Neurol.*, 18, 486, 1934.
9. TOULOUSE, E. et L. MARCHAND. — *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, juin 1899.

M. MARCHAND. — Ce cas me paraît intéressant en raison des trois particularités suivantes : 1° ce petit malade ne présente aucun stigmate physique d'hérédosyphilis ; 2° depuis son enfance, le développement de son système nerveux a été défectueux et seule la ponction lombaire a permis de poser le diagnostic de paralysie générale infantile ; 3° la mère est atteinte de neuro-syphilis latente sans symptômes nerveux ou mentaux, et ici encore, ce n'est que par la ponction lombaire que l'on a pu dépister l'infection syphilitique.

Un cas de maladie de Lobstein avec troubles mentaux
(Malade du Service du Dr Genil-Perrin), par MM. H. PICHARD et J. GOLSE.

Les cas d'ostéopsathyrose avec troubles mentaux que nous avons pu relever dans la littérature sont au nombre de 5, c'est pourquoi nous avons décidé de publier l'observation de Mlle Odet-

te B..., que nous avons eu l'occasion d'examiner récemment à l'Hôpital Henri-Rousselle.

Mlle B., âgée de 33 ans, est un cas évident de maladie de Lobstein et ses antécédents familiaux sont des plus caractéristiques. Si la lignée maternelle est indemne, le père, le seul de ses 9 frères et sœurs, était atteint d'ostéopsathyrose nette mais ne présenta qu'une seule fracture.

Des 5 enfants qu'il eut, 4 furent atteints de maladie de Van den Hoewe.

La fille aînée, actuellement âgée de 38 ans, a les sclérotiques bleues, elle eut une fracture de cheville et fut plâtrée pendant 3 mois à l'âge de 17 ans pour une scoliose.

Le second enfant est la malade que nous présentons.

Un 3^e enfant mourut à l'âge de 8 mois, il présentait également une coloration des sclérotiques.

Le 4^e, un garçon, âgé de 28 ans, est le seul indemne de maladie de Lobstein, il serait donc capable, selon l'hérédité spéciale de la maladie de Lobstein, d'avoir des enfants sains.

Le 5^e, âgé de 25 ans, est atteint d'ostéopsathyrose, et s'il n'a jamais présenté de fractures, il eut des troubles de la croissance osseuse, en l'espèce de rachitisme.

En résumé, antécédents familiaux particulièrement nets, 5 personnes sur 7 ont été atteintes d'ostéopsathyrose, déterminant plutôt des déformations osseuses que de grands accidents fracturaires. Il n'existe aucun antécédent psychopathique.

Mlle Odette B. est née à terme, sa croissance fut difficile, elle ne marcha qu'à 21 mois, mais ne présenta qu'un léger retard de la dentition. A l'âge de 4 ans, elle eut une déviation de la cheville qui nécessita le port d'une chaussure orthopédique.

A 14 ans apparaissent les premiers signes d'hypoacousie, à 15 ans et demi on pratique l'ablation des amygdales pour tenter d'enrayer les progrès de sa surdité, à 16 ans celle-ci est complète et définitive. Rappelons que, si tous ses collatéraux présentent de l'hypoacousie, notre malade est la seule à être frappée d'une surdité totale.

La puberté fut normale, et depuis Mlle B. fut toujours bien réglée.

A l'examen somatique de la malade, on est frappé par la coloration bleu-ardoise des sclérotiques, l'iris est bleu de nuit, à droite il existe un cercle blanchâtre irien.

L'examen du squelette montre sa gracilité générale. On ne trouve aucun antécédent ou signe de fracture, mais au niveau de la colonne dorsale on peut noter l'existence d'une scoliose accentuée. L'appendice xyphoïde existe mais ne présente aucun signe de calcification.

Le crâne est proportionnellement agrandi dans toutes ses dimensions, il présente au niveau de l'occipital une bosse très accentuée, et au niveau des temporaux un rebord caractéristique. A la radiographie de profil, on peut remarquer l'épaisseur osseuse et l'absence de décalcification habituelle ; il a été impossible, devant la résistance de la

malade, de prendre un cliché de face. De plus, on doit noter une hypotrophie musculaire généralisée, signe que veulent adjoindre certains auteurs (1) à la symptomatologie de la maladie de Lobstein.

L'examen viscéral est négatif. L'examen neurologique montre une hyperreflectivité généralisée sans phénomène de Babinski et sans trouble du réflexe photomoteur. Les réactions spécifiques sont négatives dans le sang. La calcémie est de 0,097, donc sensiblement normale.

Mlle B., très intelligente, eut une scolarité brillante et fut constamment première. Mais son caractère fut toujours difficile, surtout depuis l'apparition de son infirmité. Il y a 2 ans et demi, apparurent des troubles du caractère, colères de plus en plus fréquentes, de plus en plus clastiques, au cours desquelles elle a frappé sa mère à diverses reprises. Des préoccupations hypocondriaques se manifestèrent également, phobie du cancer et de la tuberculose.

Plus récemment enfin, comportement plus nettement délirant, crainte continuelle d'électrocution que la malade cherche à éviter en gardant constamment son chapeau sur la tête, en détraquant l'appareil de T.S.F. familial, enfin en arrachant les fils électriques de l'appartement. La malade exprime des idées de persécution, des idées délirantes floues que l'on peut rattacher à une sorte de syndrome érotomaniaque compensateur, elle magnétise, elle « envoûte » les jeunes gens qui deviennent tous amoureux d'elle.

Des troubles de comportement sont remarqués à son travail où l'on prie la malade de prendre un peu de repos ; le lendemain on arrête Mlle B. le long de la Seine : dans son sac on retrouve des lettres d'adieu. C'est alors que la malade est placée à Henri-Rousselle. Là son comportement sera fait de défiance, de maussaderie, de querulance incessante, de colères fréquentes, d'un demi-refus d'aliment, d'un gâtisme apparent, de motivation délirante, enfin d'un autisme en partie déterminé par sa surdité.

A l'examen, rendu malaisé par sa surdité et par une réticence d'autant plus difficile à vaincre, on se trouve en présence d'une malade délirante et hallucinée. Malgré sa surdité absolue la malade présente des hallucinations auditives comportant les injures et les menaces habituelles mais sans écho de la pensée, de la lecture, ni commentaire des actes.

Les hallucinations olfactives, les troubles du sens gustatif, joints à la crainte délirante d'empoisonnement et aux préoccupations hypocondriaques, déterminent le demi-refus d'aliment que nous avons signalé.

Les hallucinations cénesthésiques, à type de secousses électriques, sont particulièrement actives, la malade ressent continuellement des secousses, s'en protège, et craint tout contact, ce qui a rendu très difficile son examen radiographique. Ce sont également ces hallucinations,

(1) L. CORNIL, S. BERTHIER, A. SILD. — *Sur l'adjonction à l'ostéopsathyrose héréditaire de deux nouveaux signes : tympan bleus et amyotrophie diffuse.*

d'une acuité douloureuse lorsque la malade va aux cabinets, qui détermine en partie le gâtisme de Mlle B.

La construction délirante semble plus floue. Mlle B. ne désigne pas ses persécuteurs : « on veut la rendre malade, on veut la faire passer pour folle », et ignore pourquoi on la persécute.

Les réponses difficiles à obtenir, et souvent à côté du sujet, sont lentes, monotones, et l'on peut noter l'existence de troubles du cours de la pensée à rapprocher du désintérêt du monde extérieur, même visuel, du gâtisme et des colères impulsives de la malade.

En résumé : délire hallucinatoire tendant à la dissociation chez une malade atteinte d'ostéopsathyrose. Peut-on voir une corrélation entre ces deux affections ? Il est difficile de rapporter les troubles mentaux présentés par Mlle B... à sa surdité. On connaît la fréquence de la méfiance, des troubles du caractère, de la dépression psychique et même de la réduction intellectuelle progressive (1) qui surviennent chez les sujets frappés jeunes par cette infirmité qui les retranche du monde extérieur. Certains auteurs (2), (3), y veulent voir une véritable constitution psychique prédisposante. Toutefois, si le syndrome mental de Mlle B... emprunte un aspect spécial à la surdité de la malade, la part, d'ailleurs discutable, qu'a cette infirmité dans la genèse des troubles psychopathiques ne nous apparaît pas comme prépondérante.

Par contre, le fait que certains auteurs (4) considèrent la maladie de Lobstein comme un état dégénératif nous semblerait plus séduisant. Tout un ensemble pathologique confirme, chez notre malade, cette notion de dégénérescence, d'une part, un retard de développement physique, d'autre part, l'aspect particulier des troubles mentaux, leur apparition progressive, leur présentation paranoïde actuelle, qui permettent de les classer dans un cadre schizophrénique constitutionnel.

Il nous paraît possible de rapporter chez elle troubles mentaux et maladie de Lobstein à une même équation dégénérative, d'étiologie d'ailleurs inconnue, en l'absence d'antécédents psychopathiques familiaux nets.

Le nombre des maladies de Lobstein déjà publiées est resté : à notre connaissance, notre malade est le 6^e cas comportant des

(1) PINTNER. — A mental Survey of the Deaf. *Journal of E. Psych.*, XIX.

(2) BERRY GORDON. — Deafness as a psychological entity. *Ann. Surg.*, 1935.

(3) MENNINGER (K. A.). — The mental effects of Deafness. *Psycho. Anal. Review*, 1924.

(4) CROUZON, BOUR, TURCKINI. — Un cas d'ostéopsathyrose avec troubles mentaux. *Revue neurologique*, janvier 1937.

troubles mentaux. Par ailleurs, dans le cas particulier, 4 autres frères et sœurs sont atteints de cette affection d'une façon plus ou moins nette, plus le père, ce qui représente une proportion de 1 sur 6. Il est difficile d'en tirer des conclusions statistiques.

Il nous paraît utile de préciser cette question et de solliciter de tous nos confrères leurs observations éventuelles. L'intérêt en est double ; d'abord, établir la proportion des troubles mentaux au cours de la maladie de Lobstein, et ensuite, apporter des données étiologiques plus précises.

Parapragmatisme social et rêverie de compensation,
par MM. Paul COURBON et Roger STORA.

Le sujet que nous allons présenter est intéressant à cause, d'une part, de la difficulté où l'on est de faire un diagnostic précis sur les troubles mentaux aujourd'hui disparus qui, pendant quelques jours, nécessiterent son internement, d'autre part, à cause de la difficulté de classer l'état mental particulier qui le caractérise aujourd'hui, état mental qui n'a guère varié depuis une trentaine d'années.

Il s'agit d'un homme de 58 ans, interné il y a moins d'un mois, dans un état d'excitation intellectuelle et d'hyperthymie, avec des signes physiques de syphilis qui faisaient hésiter entre la manie et la paralysie générale.

En effet, le certificat suivant est fait à Henri-Rousselle : Est atteint d'un état hypomaniaque d'allure chronique avec paroxysmes franchement maniaques. Loquacité bruyante et continue. Fuite d'idées. Tachypsychie. Verbiage incohérent, rapide, elliptique, télégraphique. Excitation psychomotrice. Déclamations. Exubérance. Gesticulations.

Plaisanteries. Familiarités. Projets ambitieux politiques. Voulait faire reconnaître le Roi des Belges comme Roi de France. Placards affichés dans Paris. Sa valise, dit-il, est pleine de secrets politiques (Histoire de la rétrocession de l'île Maurice à la France). Quelques idées secondaires de persécution.

Syphilis ancienne. Pupilles miotiques. Sang : Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn : positifs. Liquide céphalo-rachidien entièrement négatif. (D^r Dupouy).

En quelques jours, l'excitation et l'hyperthymie disparaurent. Et l'on ne constate plus qu'un déséquilibre chronique, se traduisant, non dans les paroles, mais dans le genre d'existence. C'est un Mauricien sans fortune, donc un Français né, marié,

père de 12 enfants et ancien fonctionnaire à l'île anglaise de Maurice qui, depuis plus de 20 ans, vit solitaire à Paris d'une modeste retraite annuelle de 7.000 francs, fréquentant assidûment les bibliothèques et certains personnages du monde politique ou littéraire, n'étant allé dans son pays que 7 fois pour de courts séjours toujours suivis d'une paternité nouvelle et qui attend, des autorités françaises, une nomination toujours promise et jamais tenue à un poste de professeur dans quelque collège de province ou des colonies.

D'après les renseignements recueillis auprès d'un de ses compatriotes qui le connaît très bien depuis sa jeunesse, voici son histoire :

Notre malade naquit en 1879 à l'île Maurice. Son arrière-grand-père avait été un des généraux français restés célèbres dans l'histoire pour y avoir victorieusement combattu les Anglais. Son grand-père, né en France, ne s'y installa qu'en 1820, et tous les descendants de celui-ci devaient conserver la nationalité française, puisque cette installation était postérieure au traité de 1815, cela conformément aux stipulations de ce traité.

Son père eut 8 enfants. Lui fut élevé dans l'île, y fit ses études classiques, y exerça le métier de comptable jusqu'à la guerre, faisant des voyages d'affaires dans les îles voisines et néanmoins continuant à étudier l'histoire de la conquête, publiant des articles dans les journaux locaux, faisant de la propagande pour la rétrocession de l'île à la France. Ayant amassé des documents sur Masséna, ami de son grand aïeul, il les proposa, par l'intermédiaire d'une annonce dans le *Figaro*, à un historien professeur de l'Université qui étudiait ce général. Ces documents parurent tellement intéressants à l'historien qu'il écrivit à celui qui les lui avait envoyés et par la suite devint son ami.

Il se maria en 1906 avec une descendante de Français comme lui, fit bon ménage avec elle, quoique plus occupé de politique et d'histoire que de son foyer. Suivant la mode du pays, il eut d'elle 14 enfants, dont 12 sont encore vivants et le plus âgé a 29 ans et le dernier a 8 ans.

Quand la guerre éclata, il vint en France, fut mobilisé comme interprète à l'arrière des troupes anglaises. L'historien son protecteur fit alors sa connaissance réelle et le recommanda au commandant, chef de cabinet du Ministre de la Guerre, dont il devint l'ami également. Par eux il connut des hommes politiques, des universitaires, des colons. Il fréquentait les Mauriciens de Paris, dont plusieurs sont parents ou alliés avec lui.

A la fin de la guerre, grâce à ses relations, il obtint du gouvernement anglais une pension dont le taux varia avec les fluctuations du change, mais qui en ces derniers temps était de 7.000 fr. par an.

Pleinement satisfait de cette pension, il résolut de chercher en France ou dans les colonies un emploi de professeur d'histoire ou

d'anglais. Il demanda leur protection aux personnes influentes qu'il connaissait. Ils la lui accordèrent. Par eux il obtint l'audience de Poincaré, de Barthou et de maints sénateurs ou députés auxquels il exposait ses désirs, et l'importance du retour de l'Ile Maurice à la France.

Il était partout bien reçu, parce que très courtois et passablement bien documenté. Il faisait pour ses interlocuteurs les recherches dont ils avaient besoin dans les bibliothèques. Il devint l'hôte de plusieurs d'entre eux qui le reçurent à plusieurs reprises chez eux à la campagne pendant plusieurs jours.

Lors d'une législature, il se présenta à la députation comme membre du parti nationaliste dans une ville du Midi et obtint 800 voix.

Depuis son arrivée en France en 1915, il est retourné 7 fois à l'Ile Maurice, n'y restant que quelques mois, prétextant à sa femme et à ses enfants qu'il allait trouver dans la patrie de leurs ancêtres une situation bien meilleure que toutes celles qu'on pouvait lui offrir dans l'Ile. Chaque fois il se rembarqua laissant sa femme enceinte.

De France il écrivait aux siens avec assez d'irrégularité, mais se tenait au courant de ce qui leur arrivait. Il fit venir son fils aîné en France, après lui avoir trouvé une situation dans une exploitation agricole, grâce à ses relations personnelles.

Celui-ci s'étant endetté de 1.200 fr., le père tint à payer les dettes de son fils, économisant sur sa pension, et ne put pas accomplir le 8^e voyage au pays natal qu'il n'a pas revu depuis 6 ans.

Il habitait le plus souvent Paris, mais dans des hôtels inavouables, disent ses amis qu'il n'invitait jamais chez lui, mais qu'il allait voir en une mise toujours décente, mais qui depuis des années était de plus en plus misérable. Il ne payait son hôtel qu'à la semaine (30 fr.) car il se déplaçait souvent, pensant être mieux ailleurs. Il alla plusieurs fois à Marseille où lors de l'Exposition Coloniale de 1924 il fut chargé officiellement d'une vague représentation de la chambre de commerce de St-Denis de la Réunion. Il alla plusieurs fois en Belgique, surtout pour y faire des économies, car le change de ses livres en francs belges lui était plus avantageux qu'en francs français. Il y connaissait des rédacteurs de journaux. Il trouvait moyen par ci par là de faire admettre quelques articles politiques dans les quotidiens belges de province ou dans des revues mauriciennes.

Il avait des quantités de notes prises dans ses lectures d'auteurs français ou anglais, sur la période de l'empire, sur les colonies françaises, sur l'Abyssinie, sur les chefs d'armée Joffre et Pau. Il s'exagérait l'importance de ses documents ; néanmoins sa documentation fut parfois reconnue utile, nous dit son compatriote, médecin très distingué, par des historiens compétents. L'un d'eux l'hébergea plusieurs jours dans sa maison de campagne et continua ensuite à le fréquenter.

Il était sobre, de bon ton et de mœurs apparentes sévères. Il avoue cependant avoir eu par deux fois seulement, depuis 1915, des périodes de « faiblesse charnelle » pendant lesquelles il commit l'adultère. La

première en 1928, la seconde en 1936, et avec des professionnelles. Il en a honte et le regrette.

La première difficulté est de diagnostiquer les troubles mentaux du moment de l'internement. L'excitation intellectuelle, l'incohérence des propos, le miosis, les réactions humorales positives dans le sang, mais négatives dans le liquide céphalo-rachidien, faisaient hésiter entre la manie et la paralysie générale. Cette dernière hypothèse est à éliminer étant donné la correction de la mémoire, la validité du jugement et la rapidité de la disparition spontanée des troubles mentaux aigus. Malgré l'absence de toute donnée cyclothymique antérieure, le diagnostic le plus vraisemblable semble être celui de manie.

La seconde difficulté est le classement nosographique du déséquilibre mental actuel du sujet. De ses propres aveux, et des déclarations des amis d'enfance qui sont venus nous parler de lui, ce déséquilibre a toujours existé. Tout jeune fonctionnaire dans l'Administration anglaise, quoique Français, car ses ancêtres se sont installés dans l'île postérieurement à 1815, date de la cession de l'île à l'Angleterre, il s'occupait d'histoire et polémiquait dans les journaux en faveur de la rétrocession de cette ancienne colonie à la France. Venu à Marseille en 1915, ayant servi comme interprète à l'arrière de l'armée, il s'est installé depuis en France, sans jamais essayer d'y amener sa famille. Celle-ci, qui se compose de sa femme et de douze enfants, dont il dit le plus grand bien, il n'est allé la voir que 7 fois en 22 ans, n'y restant que quelques mois, juste le temps d'accroître sa paternité. En France, il passe son temps dans les bibliothèques, publie parfois des articles d'histoire ou de politique dans des journaux de province, s'est présenté à la députation en 1924 où il recueillit 800 voix, fréquente nombre de personnages de la politique, de l'armée, des Colonies, ou de la littérature qui sont restés très liés avec lui, vit très modestement tout seul dans de petits hôtels, tantôt à Paris, tantôt en Belgique, tantôt en province.

Au point de vue intellectuel, sa mémoire est bonne ; son jugement n'a pas de défaillance. Il n'a pas d'idées délirantes. Mais il est hanté par l'idée de la rétrocession à la France d'une île dont un de ses ancêtres fut, en 1804, le défenseur. Il faut avouer qu'il n'est pas le seul de ses compatriotes à avoir cette marotte qu'il juge actuellement irréalisable. Son activité intellectuelle est assez grande pour que des historiens aient recours à sa documentation. Et il parle fort pertinemment d'histoire et de politique contemporaines.

Au point de vue affectif, sa sociabilité et sa courtoisie sont parfaites. Il a, depuis plus de 30 ans, des relations suivies avec des amis qui viennent le voir à l'asile, chez qui il n'a jamais cessé de frayer. Ceux-ci attestent sa moralité et son honorabilité, tout en s'étonnant de son existence perpétuellement en dehors de son pays et loin d'une famille dont il ne cesse de vanter le charme et les mérites.

Au point de vue instinctif : il est sobre, et génitalement, à part de rares passades qui ne durèrent pas longtemps, l'une en 1928 et les autres l'an dernier, il affirme avoir gardé une chaste fidélité à sa chère épouse.

Au point de vue psychomoteur : il n'est pas impulsif. Mais sa conduite de bohème, et mystérieusement solitaire fait la stupéfaction de ses amis. Il va les voir, mais ne les invite jamais. Il habite des hôtels borgnes, nullement en rapport avec ses habitudes mauriciennes, et ses mœurs bourgeoises. Il ne paye qu'à la semaine. Il change souvent de domicile, non par méfiance, mais par amour du changement.

Au total, c'est un individu qui vit en marge de la société, tout en étant capable d'y figurer par instants sans inquiéter l'entourage. Il mène une vie d'étudiant, qui ne paraîtrait pas très extraordinaire s'il était célibataire, ou riche, ou brouillé avec sa famille, mais qui est absolument extravagante de la part d'un père de famille, sans fortune, et prétendant adorer sa femme et ses enfants.

Le terme d'autisme, pour qualifier cette manière de vivre, paraît excessif. On n'a pas à faire à un rêveur, préoccupé par des complexes, insoucieux de ce qui se passe au dehors de lui-même. Bien au contraire, il est tourné vers le dehors, vers la politique, vers l'histoire, vers certaines personnes. Il collabore avec autrui. Il écrit des articles de journaux, pérore dans les salons, ne demande qu'à converser, fait partie d'un comité dont il suit les réunions ; il s'est présenté à la députation. Il est donc syntone.

Mais sa syntonie est lacunaire. Elle manque pour la sphère familiale qui, dans l'ambiance sociale, devrait être la première à attirer la sollicitude de l'homme moral qu'il paraît être. Ses actes vis-à-vis de la politique, de l'histoire, des littérateurs, des politiciens sont en harmonie avec les goûts qu'il en affiche. Au contraire, ses actes démentent les sentiments qu'il proclame vis-à-vis de ses parents. Si donc il est syntone, ce n'est pas le terme de syntonie, mais celui de parasintonie qui correspond le mieux à son état.

De même, son activité sociale ne saurait être qualifiée pragma-

tisme, car l'action sociale par excellence est celle qui adapte le mieux dans le groupe, l'individu et les êtres dont il a assumé la charge. L'action sociale du père de famille est celle qui assure la prospérité de son foyer, la protection de sa femme, l'éducation de ses enfants. L'activité du dilettante, surtout quand il est sans fortune, n'est que du « parapragsmatisme ».

Parasyntonie, parapragsmatisme, donc préschizose, telle est la formule laconique par laquelle on peut résumer l'état mental de notre sujet. L'accès d'allure maniaque qui nécessita son internement est peut-être l'annonce d'une évolution schizophrénique. Peut-être, dans l'avenir, la hantise de la rétrocession de l'île Maurice à la France s'accompagnera-t-elle de manifestations franchement pathologiques ? Ce délire, apparaissant chez le descendant d'un des défenseurs illustres de l'île, pourra être considéré alors comme une rêverie compensatrice de l'impuissance du petit-fils à réaliser son désir d'égaliser son ancêtre.

En effet, le parapragsmatisme studieux et mondain qui caractérise la vie du sujet depuis sa naissance jusqu'à aujourd'hui apparaît plus l'effort de réalisation de son rêve, que l'effort de la participation de l'individu lui-même à la vie collective. Du rêve au délire, le passage peut être insensible (1).

Érotomanie. Délire de liaison flatteuse (Travail du service du Dr R. Anglade), par M. Jean FRETET.

Nous avons l'honneur de vous présenter un délire érotomaniaque d'une forme peu fréquente, évoluant depuis 14 mois, chez un jeune homme.

Le 12 décembre 1935, M. est abordé par une fille. Comme il est impécunieux, elle prétend en riant être respectée et donne un numéro de téléphone. Deux jours après, au rendez-vous, ne voulant sans doute pas être vue avec lui, elle se lève dès qu'elle l'aperçoit. A l'hôtel, elle s'adresse aux domestiques sans arrogance et sans familiarité, paraît gênée lorsqu'il lui parle d'argent. Elle l'est en effet, car elle lui reproche d'être monté sans en avoir et se refuse. Il n'y a que les artistes pour avoir de tels caprices. Il lui offre de la masser. Elle se moque de lui. Il se rend compte qu'il a gaffé. Elle a un masseur. Il s'en doutait ; c'est une dame de qualité. Le 7 janvier, bien qu'il

(1) SOLLIER et COURBON. — De l'imagination au délire et au rêve. *Journal de Psychologie*, 1923, p. 932.

ait de l'argent, elle ne lui accorde pas ce qu'il demande avec le plus d'insistance : son nom. Elle le supplie de ne pas crier, craint qu'on les entende de la chambre voisine. Il se tait, cherchant ce que ce mot de sleeping-car qu'il prononçait peut avoir de si compromettant. Il quitte, enfin, de plus en plus intrigué, cette belle qui ne veut pas dire son nom, se vante d'habiter un quartier aristocratique, d'avoir « fait du théâtre » et ne dit pas où. Si c'est une grande actrice, qu'a-t-elle besoin de lui ? L'aimerait-elle ? A force de recoupements de propos, de réunion de souvenirs, il croit deviner son identité. Il faudrait la revoir... Elle a disparu. Trois mois après fortuitement, il la rencontre à la terrasse d'un café. Elle entraîne après soi un homme qu'il reconnaîtra plus tard en voyant jouer « Les nuits moscovites ». Il suit les amants d'occasion, les perd. Il erre pendant des heures dans le quartier. Enfin, il entre dans un petit café pour s'y reposer. Elle est là. Elle a modifié son maquillage, teint ses cheveux, changé sa toilette. Il n'empêche que c'est bien elle. D'ailleurs elle lui sourit avec insistance. Malgré le mauvais genre qu'elle se donne à dessein, il n'y a plus de doute : c'est Mademoiselle S., la star renommée. Tout s'éclaire désormais dans le jeu étrange de réserves et d'imprudence de la vedette de « La Madone des sleepings ». Il est bien naturel qu'elle se défende violemment d'être Mlle S., le traite de fou, et qu'elle refuse de le suivre. L'impécuniosité de M. n'est qu'un prétexte. La crainte du scandale passe le désir. Elle lui laisse pourtant l'assurance de pouvoir la rencontrer chez Graff : « quand tu voudras ». Elle tient donc si fortement à lui ! Le lendemain elle est tendre, prévenante, presque maternelle. Elle s'inquiète s'il a pu trouver de l'argent ; lui demande son prénom, semble s'intéresser au récit de ses ruses de collégien pour se procurer un louis. Mais pourquoi s'entête-t-elle encore à vouloir lui cacher une identité qu'il lui connaît. Il jure d'être discret, veut voir son sac. Afin de ne pas contrarier le client et de tirer un meilleur compte de ses charmes, la fille excédée finit par répondre aux injonctions par des réponses dilatoires. Enfin, ils se séparent. Ils ont été trois heures ensemble. « Il n'y a que Mlle S. pour rester si longtemps. » Les jours suivants il cherche en vain à la revoir. En se promenant à Versailles, il croit reconnaître la concierge de l'artiste dans la personne d'une fleuriste. La star reçoit de nombreuses lettres. Mais la concierge ignorant sans doute les liens qui unissent ce visiteur assidu et sa locataire ne le laisse pas entrer. De guerre las il abandonne la poursuite. Ce revirement coïncide avec le début d'une occupation nouvelle. M. suit pendant six mois des cours de massage et d'orthopédie. Aussi longtemps qu'ils durent, Mlle S. se croit délivrée de son amoureux persécuteur. M. n'a pourtant pas abandonné son délire. En septembre dans un café, il reconnaît l'objet, salue, insiste, est rabroué. En octobre, une passante abordée le gifle. Il réplique d'un coup de poing. Elle entre aussitôt dans une pharmacie, pour se dérober aux regards. Elle a eu le temps de lui dire : « J'étais accompagnée ; il ne fallait pas. » Au début de cette

année, le désœuvrement ramène M. à sa passion ancienne à laquelle il en ajoute une nouvelle : la radiesthésie. Il fait avec son pendule un diagnostic médical bouffon qu'il remet à la concierge de l'artiste, ainsi qu'un article. Les deux documents sont pleins de facéties d'hypomane. L'objet ne répondant toujours pas, viennent les reproches, et le 10 février, une lettre de rupture. Il demande à l'artiste la restitution d'un cadeau qu'il a fait à la fille. Il l'injurie, la menace de chantage, s'il n'obtient pas satisfaction. Il est arrêté. A l'asile, le dépit s'est changé aussitôt en rancune violente. M. accable l'objet, menace le médecin qui a partie liée avec cette crapule, demande un avocat. Il ne peut se résoudre à admettre que Mlle S. se soit plainte et ait remis les lettres. Lorsqu'il apprend qu'il en manque quelques-unes au dossier qui n'ont pas été déposées, sa rancœur connaît un apaisement. « Peut-être, ces lettres là lui sont-elles chères. »

M. est un taré. Sa mère a fait de nombreuses fausses couches.

Une de ses sœurs est manifestement demeurée. Le père, irritable et autoritaire, partage partiellement le délire du fils. Ce dernier est atteint à l'âge de 3 ans d'une paralysie infantile qui laisse un pied bot. A 8 ans, il est placé loin de ses parents. L'enfant souffre beaucoup de cette séparation qui dure cinq années. La fin de chaque périodes de vacances est le prétexte de scènes si pénibles que le père exige que les visites du fils cadet soient espacées. Confié à un établissement plus proche, il en est renvoyé au bout de six mois pour une affaire de mœurs au sujet de laquelle le malade est aussi réticent que la famille ignorante. Plus tard, il abandonne ses études, pour être pilote aviateur. Il est refusé à la visite médicale. Il trouve un emploi, le quitte pour une promesse, depuis est sans profession. Il vit chez ses parents dans la banlieue parisienne. S'entend mal avec sa mère qu'il accuse d'indifférence envers lui, s'entend plus mal encore avec son père. Il reçoit 10 fr. par semaine sans demander jamais plus, va très rarement à Paris, ne sort jamais le soir. On ne lui connaît aucune liaison ; il s'irrite lorsqu'on fait allusion à l'éventualité de son mariage. Il ne lit pas, ne manifeste aucun désir de s'instruire, n'a ni ambition, ni amour-propre. Après avoir obtenu son diplôme de masseur, il a repris son état de parasite familial, s'intéressant à la radiesthésie avec plus de jobarderie que d'enthousiasme.

Le malade que nous allons vous présenter est dans un état d'excitation psychique manifeste. Souriant et loquace les premiers jours, la contrainte de l'asile a vite transformé cette euphorie en un hypertonus acerbe, ironique, insolent et coléreux. M. est à la fois entêté et suggestible dans sa réticence. Son excitation hypomaniaque est pauvre. Les facéties sont stéréotypées, les répliques maladroites, les justifications rabâchées. Ce délire intellectuel, à la fois réticent et prolix, offre les caractères du

délire drotomaniaque tel que Clérambault l'a décrit dans le cadre des psychoses passionnelles. Mais à l'encontre de ce que l'on observe habituellement dans l'érotomanie, l'intuition a été précédée ici d'une phase de curiosité inquiète et perplexe, puis suivie d'un travail interprétatif riche aboutissant au concept comme conclusion, se déduit des prémices. Si l'objet nommé est bien unique, ses représentations tangibles sont nombreuses et naissent à la faveur de fausses reconnaissances. Dans l'érotomanie type, l'illusion d'être aimé résume le scénario. Le thème présent est la revendication d'un titre : celui d'amant de Mlle S... C'est l'identification délirante de l'objet au cours d'une liaison réelle. M... ne se soucie que secondairement du sentiment de Mlle S... pour laquelle sa passion ne présente pas la stabilité de la passion érotomaniaque. La labilité du tonus passionnel entraîne ici le doute. Le malade ne songe aucunement à se marier avec Mlle S... Il n'a jamais demandé sa main et s'étonne que l'on puisse envisager une telle union. L'orgueil et l'amour-propre sont réduits. M... accuse souvent son infirmité. Peut-être souffre-t-il de voir tant de qualités compromises par elle. En fait, les considérations sur son prestige physique sont rares dans le discours du malade. La débilité intellectuelle de M..., le rang élevé qui prête à l'objet, expliquent en partie son attachement à cette aventure qui est vraisemblablement sa première aventure. Mais il se défend passionnément de tout calcul. Il ne reconnaît aucune position élevée à Mlle S..., lui discute fortune et célébrité, lui refuse le talent. C'est la sollicitude attentive qu'elle lui témoigna qui l'a attaché. « Le reste était accessoire. Nous nous sommes amusés, mais elle paraissait surtout avoir de la tendresse pour moi. Elle m'embrassait, me prenait la tête dans ses mains. » Dans ses lettres, M... fait appel « à son bon cœur de maman ». « Je suis un grand enfant, non un homme. Des hommes méchants, il n'y en a que trop. » Il insiste sur cette soumission, demande : « N'ai-je pas été gentil ? », écrit encore : « C'était vous que j'aimais le mieux. Mes parents, ma mère, on ne se comprend pas. Je n'ai pas cette affection qu'un fils a pour sa mère. Je vous aimais comme une personne à qui l'on peut se confier, s'épancher. Vous étiez pour moi, je ne vous le cache pas, une mère, une amie ; la passion sexuelle passait bien après. Tôt ou tard, elle aurait disparu. »

L'activité interprétative, les fausses reconnaissances, la prévalence des éléments secondaires sur le postulat fondamental, la labilité du tonus passionnel et l'existence conséquente d'éléments dépressifs de la passion, font, de cette psychose, une forme aberrante de la psychose passionnelle décrite par Clérambault. Peut-

être faudrait-il joindre les éléments atypiques de cette érotomanie aux caractères particuliers du délire dont Clérambault signalait les formes prodromiques d'une dissociation schizophrénique.

On retrouve, dans cette observation, certains éléments constants de l'érotomanie masculine : la solitude morale et l'impécuniosité.

Schizose avec syndromes érotomaniaque et mystique (Présentation d'une malade du service du Dr Genil-Perrin), par MM. G. FERDIÈRE et J. FORTINEAU.

Mad. P., 38 ans, ouvrière d'usine actuellement en chômage, hospitalisée à Henri-Rousselle, a un casier héréditaire assez chargé : sa mère est morte tuberculeuse à 39 ans ; son père, un homme « de caractère bizarre », a présenté un délire mégalo-maniaque avec idées de filiation nobiliaire et s'est suicidé au voisinage de la cinquantaine. Un frère mort à neuf jours d'affection inconnue ; un autre actuellement bien portant.

A.P. : broncho-pneumonie infantile ; séjour dans un préventorium en 1914 ; grippe en 1918 ; toujours bien réglée.

Scolarité médiocre et irrégulière ; certificat d'études primaires obtenu tard et non sans difficultés ; enfance difficile avec anomalies de la structure familiale comme cela est si fréquent chez les érotomanes : « J'ai été trimballée, élevée d'abord par mes parents, puis par un oncle en Amérique, enfin, par ma mère qui vivait séparée de mon père ; elle était malade et buvait malgré de grosses difficultés financières ; nous avons déménagé dix-sept fois... Non, je n'aimais pas beaucoup ma mère, je ne la sentais pas près de moi. »

Mariée à 21 ans ; satisfactions sexuelles normales ; « mon mari n'était pas assez passionné pour moi ; il n'a jamais su me dominer comme je l'aurais désiré ; j'ai senti un jour que je ne l'aimais pas... ». Mari mort en 1929 de phtisie galopante. Deux filles de seize et quatorze ans, autoritaires et nerveuses ; un petit garçon mort à 6 mois de broncho-pneumonie ; une fausse couche de 3 mois 1/2.

Mad. P. est absolument indifférente au sort de ses filles pendant son séjour à l'hôpital ; elle se borne à sourire lorsque nous lui parlons de leurs petits amis possibles et se reproche, quelques instants plus tard, de ne pas assez les aimer. Par ailleurs, son apragmatisme foncier, sa perte de l'élan vital, sa perplexité devant le monde et la vie, son ambivalence, ses troubles du comportement (le récit ci-dessous en mettra quelques-uns en évidence) nous permettent le diagnostic de schizophrénie.

Celle-ci a pu longtemps en imposer pour une psychose maniaco-dépressive et l'histoire de Mad. P. est marquée par une série de séjours dans les établissements spéciaux : du 17 décembre 1924 au

5 juin 1925, internement à Ville-Evrard puis à Clermont ; les certificats signalent l'exaltation psychique du type maniaque, la loquacité, l'euphorie, les plaisanteries faciles... ; en 1930, elle vient pour la première fois aux consultations d'Henri-Rousselle ; elle y fera par la suite trois séjours, toujours pour un état dépressif marqué : le premier en juin 1934, le second en décembre 1935, le troisième est l'actuel ; à l'entrée, le 13 février dernier, on notait : « fatigue, asthénie, découragement, idées noires, projets de suicide... ». Il n'y a jamais eu cependant depuis 1924 un retour complet à la normalité et de récents interrogatoires serrés ont pu mettre en évidence un syndrome érotomaniaque et mystique que dissimulait depuis plus de 12 ans la réticence la plus absolue.

« En 1923, j'ai correspondu avec un journaliste de « la Presse » ; chaque jour je lisais ses articles de morale ; je lisais entre les lignes ; il me semblait qu'il me répondait, qu'il me donnait des conseils ; je faisais des lettres d'amour ; je lui écrivais beaucoup... En 1924, ça m'est venu brusquement ; il me semblait que Dieu cherchait une femme ; qu'il allait venir me parler ; j'avais l'impression qu'il m'avait donné une mission, qu'il m'avait choisie pour fonder un temple ; je me croyais le centre d'une agglomération très importante où il y aurait des femmes qui soigneraient des docteurs... C'est à ce moment que je suis venue à Ste-Anne, puis à Ville-Evrard et que j'ai été transférée à l'Asile de Clermont où je suis restée cinq mois... Il y avait là des jeunes docteurs qui voulaient refaire le monde : dans mon cabanon, je sentais leurs baisers sur mes doigts, je sentais dans mes mains leurs organes sexuels ; une fois ils m'ont dit : « Tu n'es pas sensible, mais sensuelle ; retourne-toi » ; je me suis retournée et je les ai sentis en moi : c'était très agréable... Le chef de service, le Dr D., lui, m'a captivée par le cœur : je cherchais alors Dieu, mais voulais le réaliser comme un homme vivant ; le Dr D. était comme un Dieu ; je sentais bien qu'il y avait quelque chose quand il venait près de mon lit ; il me regardait d'un air de dire : « Je suis tout à toi » ; il regardait de côté pour signifier : « Enfin comment est-elle dans le fond, véritablement ? » Il m'aimait vraiment : un jour il m'a regardée avec insistance d'une façon vraiment extraordinaire ; il tournait autour de mon lit ; ses yeux, de verts, sont devenus bleus comme le ciel ; ils se sont grandis intensément, d'une façon formidable ; alors il est parti ; il a continué sa visite mais il regardait l'effet produit tout en parlant à une autre malade et il souriait... Pour moi c'était agréable, mais seulement après : je me sentais bien ; mon cœur battait, battait ; de la tête aux pieds, c'était comme si j'étais endormie et sans force... et je suis ainsi restée bloquée là-dessus, bloquée sur le Dr D. : un clou ne chasse pas l'autre, et, malgré tous mes amants (j'en ai eu 15 ou 16, des jeunes, des vieux), je n'ai pu me séparer de lui ; c'est par là qu'il est coupable...

« A l'asile de Clermont il ne cessait de me parler par la pensée, c'était une merveille ; on se disputait ; j'avais fait tout un cahier pour lui ;

le moi personnel ne voulait pas le lui donner, mais le D^r D. m'a inspirée de le lui remettre...

« Depuis ce moment, c'est-à-dire depuis plus de douze ans, j'ai toujours eu des conversations mentales avec lui ; d'une manière générale toutes les semaines à des heures irrégulières ; quand je voulais l'oublier, il se manifestait à nouveau et disait : « Il n'y a pas moyen d'avoir de sentiments profonds avec toi » ; il me disait des choses agréables ; il était parfois un peu moqueur : « Tu vois, je te fais pleurer, disait-il encore, tu pourras en aimer d'autres mais tu me reviendras toujours. »

« Je lui écrivais fréquemment des lettres, lui fixant même des rendez-vous auxquels je me rendais... J'ai cru le rencontrer dans le métro, dans des usines. L'année passée je suis allée le voir ; il s'est composé une attitude ; il n'y avait pas de chaleur ; je me suis sentie toute bête et je suis partie ; je regrette de ne pas m'être assise à côté de lui (il y avait un grand bureau qui nous séparait) et de ne pas lui avoir demandé d'explication. Oui, à mon avis, il m'aime toujours ; on me dit bien qu'il a épousé une autre femme, mais il m'aimera toujours. Des fois je lui en veux et je comprends la femme qui tue un homme ; d'autres fois je ne lui en veux pas du tout : c'est mon époux et pourtant l'acte ne s'est jamais passé, l'acte qui ferait la soudure ; c'est mon futur mari ; la vie serait douce avec lui, et paisible et pourtant positive : « Abandonne tout, dit-il parfois, avec moi tu monteras toujours, toujours ; tu ne seras pas comme un être de la terre... ».

« Vous voyez : chaque fois que je cherche Dieu, je trouve un homme ; je ne sais pas maintenant vers quelle religion me diriger. »

Nous pensons qu'il est important de souligner, dans l'histoire de cette malade, la coexistence ou l'intrication d'éléments érotomaniaques et mystiques ; le mysticisme peut, en effet, être grossièrement défini : l'illusion délirante d'être aimé de Dieu. De plus, ainsi que l'un de nous le remarque dans sa thèse, mysticisme et érotomanie surviennent de préférence chez des femmes et dans des circonstances étiologiques bien voisines ; ce ne sont que deux syndromes qui correspondent à un même mécanisme psychologique ; les études consacrées à l'un d'eux peuvent éclairer l'autre dans une certaine mesure.

M. G. FERDIÈRE. — Dire qu'un malade est atteint d'érotomanie, c'est affirmer un syndrome et rien de plus ; encore convient-il de le rattacher à une psychose à laquelle la nosologie que l'on adopte accorde droit de cité ; la durée, l'évolution, le pronostic de l'érotomanie sont évidemment liés à ceux de l'affection qui lui sert de base ; si l'érotomanie est l'élément prédominant au tableau clinique, il faut, de toute nécessité, la remettre à sa véritable place dans le développement, la « perspective » de la maladie

causale (délire paranoïaque, paranoïde, paraphrénique ; psychose maniaco-dépressive, etc...).

La solitude morale et l'impécuniosité sont des éléments étiologiques, non seulement de l'érotomanie masculine, mais de toute érotomanie : les érotomanes femmes se recrutent parmi « les insatisfaites » (Dupouy) ; parmi celles-ci, il y a les sexuellement insatisfaites (vierges, frigides), les affectivement insatisfaites, les matériellement insatisfaites ; ces dernières souffrent, par exemple, d'être contraintes aux soins du ménage, de ne pas assez « sortir », de ne pas porter de belles toilettes...

M. GUIRAUD. — J'estime que la conception clinique de l'érotomanie pure est une réalité dont j'ai vu plusieurs exemples. La description qu'en a faite de Clérambault est d'une exactitude absolue. L'amoureux passionné, ou plus souvent l'amoureuse passionnée, qui évolue sans aucun autre trouble mental que sa passion, par les trois stades de l'espoir, du dépit et de la rancune, est un type réel. C'est à cette psychose de passion amoureuse que, pour ne pas créer de confusion verbale, on devrait réserver le nom d'érotomanie.

Mais la conduite amoureuse peut se manifester chez des malades atteints de maints autres troubles mentaux, de phénomènes d'automatisme mental, de transmissions de pensées, d'interprétations, d'hallucinations, etc. Ces cas ressortissent à d'autres entités cliniques et de Clérambault lui-même les avait classés sous le nom d'érotomanie associée. On ne devrait pas leur appliquer l'étiquette d'érotomanie, mais les désigner réactions érotomaniaques.

M. COURBON. — Je suis tout à fait de l'avis de M. Guiraud. Et la réalité du délire passionnel amoureux, pur de toute adjonction psychopathique, appelé par de Clérambault érotomanie, est liée à un des plus beaux souvenirs de ma vie d'internat, celui d'un transfert à Saint-Petersbourg, où je raccompagnai un officier russe érotomane. Pour la seconde fois, à l'âge de 50 ans, ses persécutions amoureuses auprès d'une grande dame de l'ambassade parisienne, qu'il avait déjà importunée, à l'âge de 20 ans, venaient de le faire interner. A l'heure actuelle, il est peut-être atteint de démence sénile, ce ne serait pas une raison pour rattacher à la démence, la passion délirante qui lui valut deux internements, il est vrai, mais qui lui avait permis de faire une belle carrière dans l'armée et d'être l'homme mondain, sociable et cultivé qui me rendit le voyage si agréable.

Mais la persécution amoureuse peut être la résultante de cir-

constances psychologiques toutes différentes de celles qui réalisent l'érotomanie de de Clérambault. Ce fut notamment le cas pour une amoureuse de prêtre érotique que j'ai présentée ici en juin 1936. Je crois que l'érotomanie pure est rare, alors que les persécutions amoureuses sont, au contraire, fréquentes.

M. G. PETIT. — Je n'ai pas la prétention de nier l'existence de l'érotomanie-type de de Clérambault sous prétexte que je n'ai jamais eu la bonne fortune d'en observer des formes pures. Ces formes pures me paraissent cependant vraiment rares. Dans tous les cas que j'ai pu suivre un peu longuement, au syndrome érotomaniacal d'abord pur, s'associent toujours, au bout de quelques années, d'autres éléments interprétatifs, symboliques, pseudo-hallucinations, etc...

Rythme verbal progressif jusqu'à la plainte chez une persécutée sénile (Présentation de malade), par MM. P. GUIRAUD, G. DAUMÉZON et G. FERDIÈRE.

Mme Vve B., née D., 79 ans, ancienne blanchisseuse, entrée à Sainte-Anne le 24 mars 1937. Ses enfants, alertés par les réclamations des voisins, avaient été contraints de l'amener à l'Hôpital Henri-Rousselle en vue d'un placement.

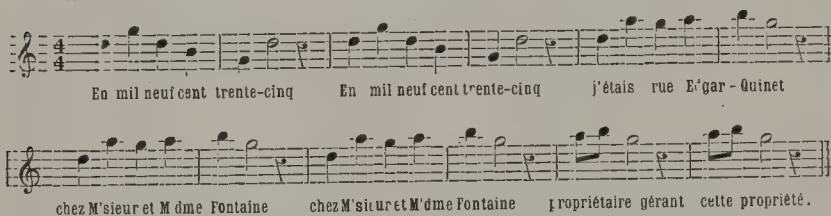
A vrai dire, les troubles délirants paraissent remonter à la mort du mari ; la malade avait alors 64 ans ; d'emblée il s'est agi d'hallucinations injurieuses et à forte teinte érotique que la malade rapportait au voisinage. Pour fuir ses persécuteurs, elle a changé très fréquemment de domicile, refusant au bout de quelques mois l'hospitalité que lui offraient l'un après l'autre ses trois enfants. Ces temps derniers apparaît une légère anxiété, les hallucinations deviennent plus menaçantes : on va lui crever les yeux, on va l'exécuter ; et Mme B. partait souvent à travers la petite ville de banlieue qu'elle habitait, errant longtemps dans les rues. Depuis un mois environ, « pour se défendre contre ces voix », elle s'était mise à chanter : à chanter « n'importe quoi, des vieilles chansons et puis même mon histoire », nous dit-elle. Il existe en effet une ébauche de systématisation ou plutôt d'explication où apparaissent une série de personnages imaginaires : le député, M. Clairvoyant, une doctoresse qui aurait entretenu avec une propriétaire des relations homosexuelles. Le député lui parle souvent ainsi que M. Clairvoyant. Tous les deux sont « un peu fous » et « pas mal coureurs » ; récemment ils disaient : « elle a un beau petit cul, j'ai vu son petit cul, j'ai vu son petit cul », paroles qui ne manquaient pas de scandaliser notre malade.

Lors de son arrivée à l'Admission, Mme B. se présente comme une

vieille femme un peu affaiblie, à la démarche mal assurée, les yeux frangés d'ectropion par blépharite bilatérale. Polie, réservée, un tantinet solennelle, elle se prête de bonne grâce à l'interrogatoire.

Dès ses premières réponses on est frappé par le fait qu'elle introduit dans ses paroles un certain rythme ; elle articule avec toute la netteté que lui permettent ses gencives dégarnies et sa langue épaisse, détache chaque syllabe ; elle fait une pause d'une durée égale après chaque groupe de quelques syllabes (en général 4, 5 ou 6, en tenant compte des contractions et des apocopes de la langue populaire) ; elle répète certains groupes plus importants par leur contenu ou dont la forme paraît la satisfaire. Peu à peu, à mesure qu'elle s'anime, nous raconte l'histoire des persécutions dont elle a été l'objet et les scènes hallucinatoires, ce rythme va se précisant ; des assonances et des rimes font leur apparition ; les répétitions que nous signalions ci-dessus surviennent bientôt à intervalles réguliers, paraissant marquer la fin de véritables strophes, puis de couplets : en même temps en effet la voix est devenue chantonnante et c'est maintenant un air de complainte monotone que coupe seulement le parlé de quelques parenthèses explicatives.

Depuis le premier examen nous avons constaté à plusieurs reprises des phénomènes identiques, seule variant la durée de la période de mise en train nécessaire pour obtenir le chant. Nous avons pu faire noter par un musicien le motif musical autour duquel la malade groupe ses paroles ; chaque phrase est répétée un plus ou moins grand nombre de fois selon le contenu du couplet ; nous en donnons un exemple :



Chaque couplet est de longueur assez variable mais on y trouve fréquemment des assonances, parfois de véritables rimes : je ne peux pas rester — je vais déménager ; trois ans passés comme ça — toujours comme chiens et chats ; me saouler avec du vin blanc ! — en admettant.

En général il s'agit d'hexamètres ; cependant lors du début d'un interrogatoire nous avons trouvé des octo- et des décasyllabes.

La complainte est accompagnée souvent de gestes explicatifs, mimiques et d'un léger balancement qui suit le rythme du chant.

Depuis l'entrée, l'inquiétude a beaucoup diminué, Mme B. accepte facilement l'internement ; tout en avouant la persistance des phénomènes hallucinatoires, elle se loue de la correction du personnel, se

déclare parfaitement satisfaite et se sent protégée. La mémoire est peu touchée ; l'affaiblissement porte surtout sur le jugement.

L'examen neurologique ne révèle aucun signe important : pupilles normales, langue tremblante et saburrale ; réflexes tendineux tous présents et normaux ; pas de phénomène de Babinski ; sensibilité intacte ; rien à signaler aux poumons et au cœur ; tension artérielle : 21,5/10 ; pilosité légère de la face.

Antécédents signalés par la malade et vérifiés auprès de la famille : père buveur ; mari mort accidentellement à 79 ans ; 8 enfants dont 4 morts en bas âge ; la malade elle-même a toujours joui d'une excellente santé ; caractère autoritaire, très entier ; sévérité peut-être excessive envers ses enfants.

Les recherches de L. v. Angyal (1) et de l'un de nous (2) ont montré l'importance dans le langage des éléments de mise en train, d'accélération ou de ralentissement, d'arrêt ; ces éléments, qui constituent un véritable mouvement, un tempo au sens musical du mot, sont associés cliniquement à des itérations et, selon les cas, au mutisme ou à la loquacité. On peut ainsi mettre en évidence dans la pathologie du langage, entre le groupe des aphasies d'une part et celui des dysarthries d'autre part, une série de troubles des fonctions de régulation qui sont vraisemblablement sous la dépendance de centres sous-corticaux, comme l'a soutenu précédemment L. v. Angyal (1). Dans l'ensemble clinique, il y a souvent association et interférence des éléments plus haut signalés ; Guiraud a insisté, dans l'hébéphrénie, sur les troubles de cette catégorie qui peuvent expliquer un certain nombre de cas de mutisme, de loquacité, de verbigération et de troubles du rythme verbal en général. Il est intéressant de montrer qu'à côté de la démence précoce, des symptômes du même ordre peuvent s'observer dans des états d'affaiblissement mental sénile ; à plusieurs reprises a été signalée, en particulier dans la maladie de Pick, la présence d'itérations authentiques souvent très prolongées ; ce phénomène évolue d'ordinaire vers le mutisme et s'associe à l'hypo- ou à l'amimie. Dans le cas présenté aujourd'hui, il s'agit plutôt de phénomènes d'excitation conduisant la malade jusqu'à la plainte, au chant et aux assonances ; la parenté avec certains procédés du langage poétique mérite d'être soulignée.

(1) L. v. ANGAL. — Über den subkortikalen Anteil der Schizophrenen Sprachstörungen. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, vol. 86, p. 137, 1933.

(2) P. GUIRAUD. — Analyse du symptôme stéréotypie. *L'Encéphale*, 1936, 2^e vol., n° 4, nov., p. 229.

A la lumière des théories de Jackson, on peut estimer que, dans les cas de ce genre, il se produit un fléchissement du mode de *control* cortical du langage caractérisé par la souplesse, l'adaptation aux circonstances, la subordination aux nécessités de la pensée, au profit d'un mode de régulation inférieur dans lequel dominant les éléments de rythme et la tendance à la répétition souvent itérative.

M. Xavier ABÉLY. — J'ai soutenu autrefois qu'une partie des stéréotypies, dont le rythme verbal répété n'est qu'une forme, relevait d'un mécanisme psychologique. J'entends par là que ce phénomène, primitivement intentionnel, volontaire, est devenu secondairement habituel, automatique, dans sa facilité de répétition. Il diffère donc profondément de ces signes itératifs qui se rapprochent des phénomènes cliniques et qui relèvent primitivement d'un mécanisme neurologique, sous-cortical si l'on veut. Cette malade paraît présenter, lors de sa mise en train verbale, des troubles du débit qui pourraient s'apparenter à ceux de l'automatisme strié. Mais peu à peu, le rythme se transforme en une sorte de complainte, de refrain, de chant en somme, d'allure monotone. Il me paraît possible que cette malade sénile utilise, pour s'exprimer des rythmes ou des airs anciennement appris, un peu comme font les enfants. Il n'y aurait là rien d'un phénomène neurologique. Du début à la fin, le débit relèverait donc d'un mécanisme identique. Le passage progressif du rythme initial au rythme final est, en tout cas, fort intéressant. Il me paraît, en résumé, difficile d'admettre une explication identique pour deux phénomènes aussi différents que la logoclonie et le chant, même lorsque ce dernier n'est plus qu'une stéréotypie d'habitude.

M. GUIRAUD. — Le chant de notre malade n'a aucune condition psychique pour base. Elle n'a rien de comparable à l'aphasie ou à l'apraxie, qui correspondent à des lésions corticales. Ce qui, chez elle, est atteint, c'est la fonction de régulation du langage dont le rythme seul échappe à son contrôle.

La séance est levée à 11 h. 55.

Le Secrétaire des séances,

Paul CARRETTE.

Séance du Lundi 26 Avril 1937

Présidence : M. René CHARPENTIER, président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du jeudi 11 mars et le procès-verbal de la séance du lundi 22 mars 1937 sont adoptés.

Correspondance

M. Paul COURBON, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

des lettres de MM. les D^{rs} ALLAMAGNY, VIÉ et VILLEY-DESMESERETZ, qui remercient la Société de les avoir élus *membres titulaires* ;

une lettre de M. le D^r POTTIER, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national* ;

une lettre de M. le D^r DIMOLESKO, de Bucarest, annonçant la mort du D^r PITULESCO, *membre associé étranger* de la Société médico-psychologique ; la Société charge le Secrétaire général d'exprimer au D^r PITULESCO et à la Société de Psychiatrie de Bucarest ses sentiments de condoléances ;

une lettre de M. le D^r BRIAU, médecin-chef à l'asile de Clermont (Oise), qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national* ; la Société désigne une Commission composée de MM. CAPGRAS, DEMAY, et BEAUDOUIN, rapporteur, pour l'examen de cette candidature ; le vote aura lieu à la séance du lundi 24 mai 1937 ;

une lettre de l'Ambassade de Grande-Bretagne à Paris transmettant une invitation de la *Royal Medico-psychological Association* à la Société médico-psychologique, à se faire représenter à la réunion annuelle qui aura lieu à Ayr (Ecosse) du 7 au 9 juillet 1937 : la Société médico-psychologique désigne pour cette agréable mission le D^r Noël PÉRON et charge le Secrétaire général de remercier la Royal medico-psychological Association de son invitation.

Election de 2 membres associés étrangers

Après lecture d'un rapport de M. GUIRAUD, au nom d'une Commission composée de MM. COURBON, GUIRAUD et MINKOWSKI pour l'examen de la candidature du D^r KRAPP, et d'un rapport de M. H. BARUK, au nom d'une Commission composée de MM. H. BARUK, BOURGUIGNON et COURBON pour l'examen de la candidature du D^r COENEN, il est procédé au vote :

Nombre de votants	25
Majorité absolue	13

Ont obtenu :

M. COENEN	25 voix.
M. KRAPP	25 —

M. le D^r COENEN, de Haarlem, et M. le D^r KRAPP, de Buenos-Aires, sont élus *membres associés étrangers* de la Société médico-psychologique.

COMMUNICATIONS

A propos du problème des hallucinations, par M. E. MINKOWSKI.

Nous devons savoir gré à notre collègue Guiraud, ainsi qu'au président et au bureau de notre société, d'avoir mis à l'ordre du jour le problème particulièrement difficile des hallucinations. M. Guiraud s'est borné du reste à donner une base objective pour la discussion et j'espère qu'il voudra dès aujourd'hui exposer ses conceptions personnelles qui viennent s'ajouter aux importants travaux parus au cours des dernières années comme ceux de De Clérambault, de MM. Janet, Claude, Ey, Lagache, Mourgues et d'autres.

Les difficultés viennent, en partie, de ce que le problème des hallucinations, se rapporte, comme l'a si bien montré Henri Bouyer dans deux articles parus en 1926 et 1927 dans les *Annales* et l'*Encéphale*, à deux systèmes de références : d'une part la notion d'hallucination est presque une notion extrascientifique, à la portée de tous ; elle nous incite à nous en faire une idée selon notre propre psychisme ou plus exactement, selon les facultés que nous y distinguons, et la considère comme un trouble de la perception ; d'autre part, les données empiriques recueillies sur nos malades qui, elles, nous engagent à examiner ces manifestations

morbides en connexion avec le fonds mental qui les conditionne et à essayer de préciser ce que vivent les malades eux-mêmes, entre ces deux ordres de références un certain désaccord paraît inévitable. De là, la difficulté d'appliquer en pratique les diverses catégories établies dans le domaine des phénomènes hallucinatoires, par exemple celles des hallucinations-sensations et des hallucinations-perceptions d'une part et des hallucinations psychiques d'autre part. Nous rappelons la thèse de Pierre Lelong (1928) inspirée par M. Guiraud.

Cette source de difficultés peut, nous le croyons, être poursuivie encore plus loin. La classification même des hallucinations selon les divers sens, en hallucinations auditives, visuelles, olfactives, etc. reste tributaire de l'idée psycho-physiologique que nous faisons du rôle de nos sens vus uniquement comme porte d'entrée pour des renseignements sur le monde extérieur. Elle les situe ainsi côté à côté comme des éléments d'une même série et les considère comme variétés du même trouble générique : l'hallucination. Par-delà, elle reste subordonnée à la filiation fondamentale : excitant-perception-représentation, admise par la psychologie. Mais là encore un désaccord apparaîtra lorsqu'il s'agira d'examiner les diverses hallucinations non plus comme des troubles isolés, mais en fonction — et sur ce point, il me semble, nous sommes tous d'accord — du fonds mental qui les conditionne et qui, selon ses caractères propres, s'exprime, par exemple, de préférence par des hallucinations visuelles plutôt que par d'autres.

Ainsi naît le désir d'élargir le débat et de réviser les bases mêmes sur lesquelles repose la notion d'hallucination, à savoir le rôle, dans toute son ampleur, que jouent les diverses modalités sensorielles dans la vie, de même que la place qui doit être assignée à la relation, fondamentale pour la conception usuelle : excitant-perception-représentation.

M. Guiraud nous disait au début de sa communication, qu'il s'agissait avant tout de poser des questions. Ces paroles me donnent le courage d'esquisser brièvement quelques questions qui me préoccupent depuis un certain temps.

M. Guiraud nous a dit, entre autres, que les rêves étaient faits de représentations nécessairement esthésiques. En l'écoutant, je m'étais demandé si ce n'était pas là déjà une interprétation. Car dans le rêve, tant que nous rêvons, il n'y a point au fond de représentations, mais des images sensorielles, et nous nous rendons compte d'habitude d'avoir rêvé seulement une fois réveillés. Vu ainsi, le rêve pose le problème de la source de l'esthésie, de même

probablement que le font les hallucinations, d'une façon différente que ne le fait la notion de perception. Il y a lieu peut-être de rappeler ici que Bouyer a insisté sur ce fait que les activités particulières, désignées par les verbes « voir », « entendre », etc. admettent, pour ce qui est de leur signification, dans la vie normale déjà, certaines nuances et par conséquent certaines différences qui sont d'un autre ordre que la différence qui existe entre une perception et une représentation. Ici également doit-être probablement invoqué ce fait bien connu, que dans la majorité des cas, les malades ne sont nullement embarrassés de ce que les autres ne perçoivent point ce qu'ils croient percevoir eux-mêmes, c'est-à-dire qu'un facteur de dessocialisation intervient ici ou en d'autres termes, que leur croyance porte sur la réalité de leur perception, mais non sur la réalité de l'objet perçu, indépendamment de cette perception, contrairement à ce qui se produit chez nous. Mais en tout cas c'est ici que se place la notion d'écrans sensoriels de M. Guiraud dont il aura l'occasion de parler, je l'espère, tout à l'heure. A ce propos, je voudrais également rappeler une étude de De Greeff (*Journal de Neurologie*, 1928) dans laquelle il dit, entre autres, que l'hallucination tire son caractère esthétique non d'elle-même mais de sa coexistence avec des perceptions réelles avec lesquelles elle n'entre point, contrairement à ce que l'on pourrait s'attendre, en lutte.

Mais passons à la clinique. Nous nous arrêtons ici au fait courant que les diverses modalités d'hallucinations n'ont ni pour le diagnostic, ni pour le pronostic la même portée. Les hallucinations visuelles relèvent, dans la grande majorité des cas, d'états confusionnels et oniriques, tandis que nous constatons, les hallucinations auditives surtout dans les états dissociatifs. Ici se placent aussi les associations électives des diverses modalités d'hallucinations dont a parlé M. Guiraud. Il paraît difficile de ramener ces faits, courants je le répète, à la notion psycho-physiologique des divers sens vus uniquement sous l'angle de leur portée cognitive. Il semble bien, par contre, que chaque sens, en dehors des renseignements particuliers qu'il nous fournit, occupe dans la vie une place qui lui est propre et qui lui confère une tonalité, une signification particulières. J'ai parlé à ce propos de *portée vitale* de nos sens et pour la mettre en évidence, je me suis servi de données fournies par le langage courant, à savoir des « métaphores » sensorielles qu'il emploie tout naturellement. La possibilité de se servir d'expressions comme avoir du tact, avoir du goût, avoir du flair et de distinguer nettement ce qu'elles visent, ne peut être ramenée à la portée uniquement cognitive des sens et semble bien

indiquer que chacun d'eux a encore un rôle particulier à remplir. De même, ce n'est point un simple hasard que nous employions, pour caractériser certaines relations avec le monde environnant, des expressions comme vibrer à l'unisson avec l'ambiance, empruntées au monde des sons. Il se peut qu'en prolongeant ainsi l'analyse des divers sens par delà leur côté sensoriel et cognitif, nous arrivions à nous rapprocher des problèmes posés par la clinique et la psychopathologie.

En deuxième lieu, je voudrais insister sur les associations de différentes sensations anormales et sur les lois qui les régissent. Il ne s'agit plus maintenant tant d'hallucinations enregistrées par nous comme troubles isolés que de *mondes hallucinatoires* et de l'étude de la façon particulière dont ceux-ci se construisent. Je ne citerai qu'un exemple: le rôle excessif, anormal, que joue, dans certains cas, le facteur de *simultanéité*. Ce sont des expressions: j'entends une voix *et en même temps* je sens une brûlure, ou *en même temps* je sens une odeur de chloroforme, que nous relevons, dans ces cas, chez nos malades qui du fait de cette simultanéité établissent d'emblée un lien intime entre la voix et la brûlure ou l'odeur. Or, dans la vie normale, nous pouvons fort bien percevoir simultanément un son et une odeur sans les rapporter nécessairement l'un à l'autre. Ici les centres d'attraction, si j'ose dire, sont d'un tout autre ordre, sont représentés, par exemple, par les objets et les êtres disséminés dans l'espace, et la simultanéité admet ainsi fort bien une certaine « distance » (plus vécue que mesurable) entre les diverses perceptions en en sauvegardant, selon les circonstances, l'autonomie. Un rétrécissement particulier semble ainsi être à la base des associations de sensations anormales, caractéristiques de certains mondes hallucinatoires, ce qui les rapproche d'autres manifestations morbides, comme certaines idées et interprétations délirantes, dont la genèse structurale repose sur la disparition de notions fondamentales pour la vie, telles que le hasard ou la contingence, disparition qui retentit nécessairement sur « l'ampleur » de la vie ambiante et a pour conséquence un rétrécissement, une polarisation particulière et anormale de celle-ci.

Le troisième point concerne la façon dont les phénomènes hallucinatoires s'inscrivent dans la conscience des malades, et plus particulièrement le degré de précision avec lequel ils le font. Les attitudes des malades à l'égard de leurs hallucinations sont si variables, qu'il paraît permis de se demander s'il ne serait pas plus judicieux, au lieu de considérer, dans les analyses psychologiques, les hallucinations comme une sorte de constante, et les

attitudes comme variables, de voir, au contraire, dans celles-ci l'essentiel et de considérer les hallucinations en fonction d'elles, cela d'autant plus que les attitudes débordent les phénomènes hallucinatoires, s'étendent à d'autres manifestations pathologiques, déterminent tout le comportement caractéristique du malade, avec même parfois les réactions d'allure normale. Cela revient à dire, comme nous l'avons souligné déjà, qu'il y a lieu de subordonner toujours l'analyse des phénomènes hallucinatoires au fonds mental qui les conditionne.

Une malade atteinte de psychose hallucinatoire chronique inscrit l'heure exacte, avec les minutes, où se produisent les hallucinations, pour nous présenter le lendemain un rapport écrit sur ce qui s'est passé, à ce point de vue, dans le courant de la journée et de la nuit. Une schizophrène parle de voix entendues dans le lointain, tantôt perçues, tantôt non perçues, tantôt chuchotées, tantôt plus distinctes, mais elle paraît s'en désintéresser au fond, comme elle se désintéresse de la réalité ambiante. Tout lui est lointain, distant, comme elle nous le paraît également elle-même par rapport à nous. Elle parle aussi de la présence de son ancien fiancé dans la clinique, mais le fait d'une façon ambivalente en affirmant presque d'un trait sa présence et son absence.

La comparaison de ces deux malades suggère quelques réflexions. Elles ont trait à la place qui doit être attribuée à la relation : excitant-perception-représentation, que l'on a coutume de considérer comme fondamentale et intangible, comme unique tracé que nous suivons pour élaborer le tableau et du monde physique et du monde psychique. Tout ce que comprend cette relation paraît précis et tranché : l'excitant, la perception sont là ou ne sont pas là ; la source de l'excitation se trouve à une certaine distance de nous ou, comme c'est le cas pour le toucher et le goût, touche directement nos organes des sens, etc. Mais ce schéma épuise-t-il réellement toutes les situations qui se rapportent au perçu ? Je crois que la relation dont nous parlons concerne uniquement le *médiat* pour lequel une certaine distance au sens spatial du mot, qu'elle soit grande ou petite, ou dans les cas limites, infinie ou nulle, de l'excitant par rapport au sujet est caractéristique. Dans la vie, cette sphère du médiateur se trouve comme encadrée dans le proche (l'immédiat) et le lointain, non plus au sens géométrique mais qualitatif des mots. Ici les choses sont vécues d'une façon différente, sous un autre aspect. Arrêtons-nous au lointain dont nous avons parlé plus haut et prenons comme exemple une situation de nature sensorielle : un son se perd dans le lointain. Ce lointain peut être plus près de nous que

l'infinité de l'espace, mais il ne l'est que lorsque nous envisageons le tout du point de vue géométrique, c'est-à-dire en dernier ressort du médiat; en réalité, il est pour nous le « lointain », vécu comme tel, et n'appartient point directement au médiat. La situation que nous avons indiquée ne peut pas être ramenée à une antithèse tranchée; c'est que le son n'est plus là, puis on croit l'entendre encore, et même quand il s'est évanoui, il semble avoir laissé derrière lui, dans l'ambiance, encore comme quelque chose de lui. Le caractère esthétique suit ici un autre sort, dirait-on, que dans la relation précise sur laquelle est fondé le médiat. On peut se demander peut-être si le psychisme de notre malade n'est pas construit en entier, ses hallucinations incluses, sur le mode du lointain. Rappelons à ce propos la façon dont elle affirme la présence et l'absence de son fiancé. Quoi qu'il en soit, le problème de l'absence et de la présence ne se pose plus ici sous forme d'une antithèse rationnelle, mais d'une façon plus dynamique et vivante, avec les différents degrés et nuances, qu'elles admettent dans la vie, comme l'a si bien mis en lumière déjà M. Janet, à propos des conduites temporelles avant tout, et qui trouvent probablement leur place dans le domaine des hallucinations également.

M. DIDE. — Le problème des hallucinations suppose connues les synergies encéphaliques.

Les hallucinations délirantes tirent certainement un large parti de la fonction verbale; or, elle n'est pas tout dans la représentation spatialisée. Il convient de se demander, dans le phénomène hallucinatoire, s'il n'existerait pas une dissociation entre la représentation verbale et la représentation pragmatique. Cette dernière demande certainement l'intervention du cerveau droit (conduite sociale et lobe préfrontal droit; astéropraxie et gyrus supramarginalis droit; topognosie et centres visuels droits). L'hallucination verbale ne représente-t-elle pas une dissociation fonctionnelle, interhémisphérique? D'autre part, j'ai signalé le rôle des lésions de sclérose névroglique sous optiques chez les hébéphréniques, et ceci se rapproche des phénomènes de dépersonnalisation et de déréalisation signalés dans des lésions de la même région. Or, dans ces deux derniers cas, des phénomènes hallucinatoires sont fréquents par un mécanisme complexe, mais avec la libération des automatismes.

Rien n'empêche d'envisager les hallucinations comme des libérations d'automatismes sous l'influence de lésions qui n'atteignent pas les zones corticales d'esthésie symbolique et pragmatique.

M. H. BARUK. — La plupart des discussions qui portent sur les hallucinations semblent tendre à centrer le problème tantôt sur la notion d'un trouble essentiellement sensoriel, tantôt sur celle d'un trouble psychique plus ou moins intriqué avec la personnalité. On oppose sans cesse la conception sensorielle à la conception psychologique. Cette façon de poser le problème le rend insoluble. Combien il serait plus juste de revenir au point de départ posé magistralement par Baillarger, suivant lequel il existe plusieurs variétés d'hallucinations, les unes où prédomine l'élément sensoriel, les autres où prédomine l'élément psychologique, mais les unes comme les autres consécutives à un trouble cérébral.

Les faits nombreux apportés ces dernières années par la neuro-chirurgie ont permis, non seulement de confirmer le point de vue de Baillarger, mais encore de le compléter par des données anatomo-physiologiques. De ces faits, il résulte qu'il existe d'une façon incontestable des hallucinations sensorielles presque pures, excessivement nettes. (Visions d'un objet, d'une couleur, de personnages, odeur très précise, etc...). Ces hallucinations sensorielles presque impersonnelles ont pu, dans un certain nombre de cas, être rapportées avec certitude à des lésions localisées des organes ou des voies périphériques, ou centrales sensorielles correspondantes (voies optiques, par exemple). On a pu voir, dans certains cas, les hallucinations disparaître après ablation de la lésion.

Par contre, les hallucinations dans lesquelles prédomine l'élément psychique, psychologique, sont rapportées plus difficilement à des atteintes localisées. Elles semblent beaucoup plus en rapport avec des atteintes diffuses, superficielles, comme des intoxications, etc... C'est que, si les voies sensorielles, surtout visuelles, sont bien localisées dans le cerveau, il n'en est pas de même des fonctions psychiques.

Sur la nature de la certitude hallucinatoire et l'étude analytique des hallucinations, par M. J. VIÉ.

Après avoir lu l'intéressant plan de travail que nous a offert M. Guiraud, je voudrais présenter quelques remarques sur la certitude hallucinatoire et le caractère d'esthésie, suggérées par l'observation des malades atteints de psychose hallucinatoire chronique dans sa période d'activité.

I. Chez tous ces sujets, qui présentent des hallucinations

vraies, je me suis heurté, lorsque j'ai voulu discuter leur conviction, les considérer, à la façon de Leuret, comme « des hommes qui se trompent », à ce caractère indéniable de sensorialité, d'esthésie, comme dit avec raison M. Guiraud, à une croyance absolue, immédiate à la réalité, à la corporéité, à l'extériorité spatiale, l'objectivité sensorielle des impressions ressenties.

Sans reprendre des descriptions qui sont classiques, je ne citerai que quelques exemples. Une délirante aveugle, qui, par ailleurs, accuse des courants d'air, des odeurs de formol et de soufre, des goûts d'iode et d'acide phénique, me signalait tous les matins, avec la plus grande véhémence, les piqûres atroces pratiquées chaque nuit dans ses flancs, ses cuisses, sa colonne vertébrale, qui avaient empêché son sommeil et lui avaient réellement arraché des hurlements ; elle me désignait du doigt la place exacte des piqûres, doutant de ma bonne foi lorsque je niais l'existence de cicatrices.

Une autre entend sans arrêt les voix qui la martyrisent, l'empêchent de travailler le jour, de dormir la nuit : on lui brûle alors la tête, dit-elle, elle sent une vrille qui s'y enfonce, elle éprouve des sensations horribles dans le haut du ventre, des décharges électriques, des bourdonnements continuels. Un comprimé de sedormid ne suffit pas à lui rendre le sommeil ; deux comprimés permirent un repos de trois heures, mais le réveil était si brutal, si terrible, que la malade se refusa à continuer la médication.

Un vieux délirant mystique de la colonie d'Ainay, qui a conservé l'intégrité de sa lucidité et de son intelligence, bien que depuis tantôt un demi-siècle (il a été présenté par Vallon et Aug. Marie au Congrès de Nancy en 1896), il voit et entend les armées célestes et démoniaques se livrer, autour de lui et en lui, d'incessants assauts, m'affirmait la *matérialité* absolue de ses hallucinations : « Je les vois, je les entends, comme je vous vois et je vous entends ; je les touche, ils sont aussi matériels, aussi consistants que nous-mêmes, seulement leur substance peut pénétrer la nôtre, les murs, les meubles, tout comme les rayons X ; et eux-mêmes ne nous font pas obstacle. »

La conviction de l'extériorité est irréductible. Bien souvent, nous avons espéré insinuer quelque doute, qui puisse plus tard saper le système délirant. Parfois le malade émettait quelque hésitation sur le contenu même du délire, la personnalité de l'agresseur, ses moyens, ses buts... Mais la désillusion survenait vite, totale, dès qu'on abordait le fait hallucinatoire lui-même. La conviction se dressait, intangible. Notre attitude apparaissait

alors de mauvaise foi consciente, plus encore que d'ignorance impossible ! « *Ce sont des vérités*, affirment les malades, ce sont des choses qui existent et qu'on ne voit pas. »

II. De nombreuses théories tentent d'expliquer l'évidence avec laquelle s'impose le fait hallucinatoire, ainsi que la croyance à son origine extérieure. La seule solution plausible est peut-être aussi la plus simple. L'hallucination vraie se présente comme un donné vécu, un *Erlebnis*, selon le vocable allemand à la mode, ou, pour employer une expression française bien adéquate, comme *une donnée immédiate de la conscience*. Comment le sujet pourrait-il ne pas croire à ce phénomène revêtu des attributs de la sensorialité ? Le point surprenant n'est pas, semble-t-il, que les malades adhèrent à une donnée vivante et indubitable..., mais c'est que les auteurs pensent qu'il puisse en être autrement ! Et lorsqu'on assiste à tous les efforts qu'ils ont accomplis pour nier l'hallucination, qui est un fait ; pour en atténuer la valeur sensorielle ou mieux « esthésique », qui est spéciale, mais certaine, pour la dissoudre dans des sentiments, qui sont des réactions psychologiques dérivées, sinon secondaires, ou dans des états de conscience que souvent l'observation exclut, — on est invinciblement reporté aux efforts semblables de Berkeley qui, au XVIII^e siècle, tentait de résoudre la sensation normale dans le sophisme métaphysique de l'immatérialisme...

Par ailleurs, si les hallucinés sont convaincus de l'objectivité de leur trouble, ils ne le sont pas moins de l'atypisme de ces états dont ils défendent désespérément à la fois et l'existence et l'ineffabilité. Et cela sans doute pour bien des raisons. D'abord, des raisons extrinsèques, qui, certes, ne sont pas les plus fortes : bien des malades, tout à fait lucides, s'aperçoivent aisément que ces esthésies ne s'accompagnent pas des concomitants physiques ordinaires des sensations, et leurs procédés de défense témoignent parfois d'expérimentations vraiment conformes aux règles de la logique.

Mais surtout, la qualité intrinsèque de l'hallucination leur en révèle d'emblée la valeur anormale, l'irréductibilité aux phénomènes normaux, le caractère à la fois étrange et étranger, hors de tout lien avec leur personnalité, l'hétéronomie, au sens de Kleist. Et c'est bien cela qui les plonge dans l'angoisse. Les hallucinations s'accompagnent de tous ces troubles profonds de la pensée que de Clérambault a groupés dans son Automatisme mental ; elles sont d'emblée polymorphes ; enfin, point capital, je crois, qui n'a pas en France reçu tout le développement qu'il mérite alors qu'en Allemagne Schroeder l'a bien mis en évi-

dence, c'est que l'hallucination ne se rattache qu'approximativement (et dans bien des cas pas du tout) à l'une quelconque des catégories sensorielles de visualité, d'audition, de tact, de coenesthésie, etc. Lorsqu'un malade vous dit, par exemple, parlant de ses « voix » : « J'entends les téléviseurs, on me voit agir », il est bien évident qu'il s'agit de phénomènes d'une singulière complexité.

Enfin les malades distinguent d'une façon très nette les hallucinations des perceptions véritables : « C'est du pas valable », disait l'une d'elles, et une autre, démente précoce : « Le porte-voix, c'est l'amant de la folle, je préfère le témoin auriculaire et visuel. » Dans la psychose hallucinatoire chronique, une telle liberté critique n'est pas possible, mais l'angoisse du sujet n'en est que plus dramatique, et la discrimination des divers phénomènes n'est pas moins nette.

III. Enfin, nous voudrions insister sur l'intérêt qu'il y a à analyser comparativement les troubles hallucinatoires *au cours des divers processus morbides* dans lesquels ils apparaissent, et *aux divers stades évolutifs* de ces processus.

L'hallucination vraie représente un stade de maturité et un maximum qui existe électivement dans les phases d'activité de la psychose hallucinatoire chronique.

Elle est compatible avec l'intégrité complète de la lucidité et de l'intelligence, et peut-être ne peut-elle même se réaliser avec toute sa pureté que dans ces conditions. Après 25 ans d'activité hallucinatoire, le délirant mystique que je citais tout à l'heure a rempli, au cours des années de guerre, les fonctions de comptable à l'économet d'Ainay, avec des capacités qui excluaient tout affaiblissement, tout ralentissement, toute désagrégation. Maintenant qu'il approche de 80 ans, seule l'atteint une sénescence normale.

Mais l'hallucination vraie n'est qu'un chaînon de toute une série qu'elle domine ; et la psychose hallucinatoire, outre qu'elle présente bien des modalités évolutives, n'absorbe pas même la majorité des délires chroniques. Il faudrait situer l'hallucination par rapport aux phénomènes qui la précèdent, par rapport à ceux qui traduisent l'extension des processus morbides, à ceux qui subsistent en tant que séquelles.

D'un autre côté, en dehors des formes aujourd'hui bien délimitées (hallucinatoires, passionnelles, interprétatives), et à l'autre pôle, de la démence précoce, il faut attaquer la grande masse des délires mal systématisés qui, sous les dénominations de démences ou psychoses paranoïdes, de dégénérescence men-

tale, de démence vésanique (qui tend à renaître), demeure sans sémiologie et sans données évolutives bien précisées. Ce serait là continuer la tradition analytique et objective de la psychiatrie française classique.

La théorie des écrans sensoriels et l'hallucination,
par M. P. GUIRAUD.

Les intéressantes communications que nous venons d'entendre n'ont pas éveillé les vives discussions que suscite d'ordinaire le problème des hallucinations. Nous sommes tous aujourd'hui conciliants parce que ne sont pas présents les représentants des thèses extrêmes. Si l'on compare en effet les théories de G. de Clérambault sur l'automatisme mental et la genèse des délires chroniques avec celles des psychiatries à tendances psychologiques et sociales, on est obligé de constater une antinomie absolue. Pour le premier, les phénomènes primitifs, directs de la maladie sont les hallucinations, et même les hallucinations verbales (automatisme verbal mental et anidéique), pour les seconds *l'esthésie* hallucinatoire est un phénomène accessoire qui n'a guère besoin d'être expliqué ou qui est expliqué d'ordinaire par une image ou une comparaison. Au fond, ces derniers auteurs, malgré toutes les affirmations des malades, ne croient pas à la réalité de l'esthésie hallucinatoire dans les délires chroniques. Pour eux, les malades sont victimes d'erreurs, d'idées fausses, de croyances, mais n'éprouvent pas réellement les phénomènes qu'ils décrivent.

Je ne puis me résoudre, pour ma part, à cette attitude trop facile et je crois que la sensorialité, l'esthésie des hallucinés chroniques reste un problème délicat. Puisque mon ami Minkowski m'y convie, je vais rappeler ma théorie des écrans sensoriels que j'ai déjà exposée ailleurs (1).

L'essentiel de cette théorie est la notion que les zones corticales sensorielles — comme tous les centres nerveux en général — sont dotées d'une activité physiologique continue, d'une sorte de tonus de repos quand elles sont privées de toute excitation venant de la périphérie. Ce tonus physiologique de repos s'exprime, dans l'ordre psychique, par une sensation continue, mais très atténuée, occupant tout le champ sur lequel peuvent

(1) P. GUIRAUD. — Représentation et hallucination. *Paris Médical*, 6 août 1932.

venir s'inscrire les perceptions provenant de l'excitation des voies sensorielles à leur périphérie. L'exemple de la vision est le plus facile à comprendre. Quand nous fermons les yeux ou quand nous nous trouvons dans l'obscurité, nous *voyons* devant nos yeux un champ noir velouté, à limites un peu imprécises, correspondant à peu près au champ visuel tel que le délimitent les oculistes. C'est cette vision continue de noir qui représente le tonus sensoriel de repos de nos calcarines. Le champ noir n'est pas sous la dépendance de l'activité de la rétine, ni du nerf optique, ni de la bandelette ; ces organes peuvent être sectionnés, tant que les calcarines subsisteront, le champ noir persistera. Quand les calcarines sont détruites, la fonction vision est radiée du moi, c'est dire que l'esthésie visuelle ne participe plus à la vie mentale du sujet qui ne se rend pas compte qu'il est aveugle ; les vibrations lumineuses sont aussi inexistantes pour lui que les ondes de T.S.F. qui traversent l'éther le sont pour l'homme normal. Pour se rendre compte qu'il s'agit bien d'un tonus sensoriel positif, il suffit de constater que nous n'éprouvons pas la présence d'un champ noir devant les talons ou les genoux.

L'homologue de l'écran visuel noir se retrouve dans tous les sens : c'est, par exemple, le tonus tactile continu de toute la surface du corps. Ce tonus tactile nous permet précisément de localiser avec exactitude une excitation cutanée par comparaison de qualité d'excitation entre les cellules de la pariétale ascendante correspondant au point touché et le reste des éléments de l'écran tactile affectés simplement du tonus physiologique. Dans le domaine de la propioceptivité, l'écran nous donne ce que Schilder appelle le schéma corporel. Ce n'est pas, à proprement parler, un schéma de tout le corps, mais de sa partie musculaire ; c'est ce que j'appelle le corps athlétique. Dans ce domaine, il est intéressant de comparer le tabétique et l'anosognosique. Le premier, privé de l'apport périphérique propioceptif par atteinte radiculaire, ne peut pas marcher, ne sait pas où sont ses jambes, mais conserve la notion de son corps et en reconnaît toutes les parties comme lui appartenant, l'anosognosique, au contraire, ayant perdu une partie de son écran propioceptif, ne reconnaît plus comme sienne une moitié de son corps. Cette dernière est véritablement radiée du moi. Il est superflu de rappeler à ce propos la si intéressante communication que L. v. Bogaert a faite devant cette société.

Toute sensation, toute perception vient s'inscrire sur les écrans sensoriels et la qualité sensorielle, l'esthésie qui distingue

la perception de la représentation tient, à mon avis, au fait que la première s'effectue sur l'écran et l'autre ailleurs.

Quand j'ai exposé, en 1932, cette théorie des écrans, je n'avais comme faits confirmatifs que les simples constatations introspectives et les observations de malades dont j'ai parlé plus haut, mais depuis cette époque, je puis tenir compte des intéressantes acquisitions expérimentales récentes. Depuis quelques années, de nombreux auteurs ont pu étudier les variations de l'état électrique du cortex et en obtenir des oscillogrammes. Berger (1) a consacré de nombreux travaux à ce sujet, ainsi que Adrian et Matthews (2) et plus récemment Ectors (3) et Bremer (4), qui opèrent sur des chats éveillés ayant subi une transection bulbaire basse. L'oscillogramme physiologique des zones sensorielles — qui est l'aspect physiologique de notre tonus sensoriel de repos — est alors caractérisé par des ondes spéciales (ondes de Berger) sinusoïdales, régulières, d'une fréquence correspondant à 10 à la seconde. Mais si l'animal, maintenu jusqu'alors dans l'obscurité, reçoit un faisceau lumineux dans l'œil, ces ondes α sont remplacées par un nouveau mode d'ondulation qui, d'après Bremer, « est l'expression d'une intensification combinée à une asynchronisation des activités neuroniques corticales et non pas d'un phénomène d'inhibition, comme l'avait pensé Berger ».

Telles sont résumées les raisons qui me font croire que l'esthésie peut résulter seulement d'une mise en action spéciale des zones corticales sensorielles. La perception comporte une composante sensorielle et une composante psychique (identification). Même si la composante sensorielle est faible ou inadéquate à l'ensemble perçu (au sens de Gestalt), cet ensemble n'en a pas moins, en sa totalité, la qualité sensorielle. Certaines représentations — par attention ou état affectif particulier — ont une tendance extrême à s'emparer de la moindre esthésie pour devenir des apparences de perceptions, en particulier dans l'état hypnagogique. Si nous avons pêché toute la journée, regardé avec une attention extrême les poissons, guetté leur apparition dans l'eau, au cours de l'état hypnagogique, tous nos phosphènes rétinien se transforment en poissons, si nous avons examiné pendant des heures de la microglie se détachant en noir sur le champ éblouissant du microscope, les phosphènes se mueront

(1) BERGER. — *Arch. of Psychiatry*, 1933, T. CI, p. 152.

(2) ADRIAN et MATTHEWS. — *Brain*, 1934, T. LVII, p. 355.

(3) ECTORS. — *Soc. de Biol.*, 1935, T. CXX, p. 1339.

(4) F. BREMER. — *Soc. de Biol.*, 1936, T. CXXII, p. 464.

en microglie. Mais il faut bien constater que cette transformation, qui constitue une véritable *illusion*, ne se produit pas dans l'état vigile. C'est évident chez le normal, et je crois que, même chez les maniaques, l'illusion de reconnaissance n'est pas une véritable illusion, en ce sens que le rapprochement erroné de deux personnages est une opération purement représentative, la perception ne cessant pas de correspondre à la réalité. Quoique les recherches physiologiques montrent la variabilité des ondulations de Berger sous l'influence de l'attention, de l'émotion et de divers facteurs psychiques, nous devons admettre, d'après la clinique, que, dans l'état vigile, ces variations ne sont pas suffisantes pour provoquer des esthésies authentiques.

Puisque l'esthésie et son homologue physiologique, la transformation des ondulations α de Berger, sont un élément vraiment spécifique de l'hallucination, comment allons-nous expliquer leur apparition au cours des diverses variétés d'hallucinations ? Pour le rêve, l'onirisme, l'hypnagogisme, la question est simple. Il s'agit d'un mode global de pensée dont une caractéristique est la forme hallucinatoire de la pensée. Rêve et hypnagogisme sont indiscutablement des phénomènes normaux ; il est superflu de recourir à des explications par des intoxications ou des hypothèses du même genre. On doit simplement admettre que, dans le mode de pensée hypnique, les images qui apparaissent dans la conscience ont, comme homologue physiologique, l'activité particulière des zones sensorielles, qui réalise les esthésies. Les esthésies visuelles jouent un rôle prépondérant. Nous avons insisté à plusieurs reprises sur la différence de la notion d'espace dans la pensée vigile, surtout représentative, et dans le rêve. Dans la première, nos perceptions et nos représentations sont localisées dans un espace qui est lui-même une synthèse complexe résultant de la coordination de données visuelles, auditives, proprioceptives, vestibulaires, etc... Tous ces éléments sont fondus, élaborés, perdent les qualités spéciales sensorielles et sensibles pour devenir l'espace homogène et infini des géométries. En raison de leur origine extérieure bien déterminée, nos perceptions y sont localisées avec fixité, mais nos représentations peuvent s'y déplacer en toute liberté. Nous pouvons imaginer un objet quelconque : chaise, table, nous le représenter devant nous, derrière, dans toutes les positions. L'hallucination vraiment esthésique, au contraire, ne viendra s'inscrire que dans l'espace sensoriel spécial représenté par l'écran. Elle pourra y être mobile par elle-même, mais notre volonté ne pourra jamais l'y déplacer. C'est une différence importante entre la représen-

tation et l'hallucination, au moins théoriquement, car il est bien difficile d'imposer cette expérience à un sujet halluciné.

Il est bien plus délicat d'expliquer l'esthésie des hallucinations du délire chronique. On peut admettre d'abord que le délirant chronique utilise deux modes différents de pensée qui se succèdent rapidement, ou même se réalisent simultanément ; l'un est la pensée normale, l'autre la pensée délirante assimilable à l'onirisme. J'ai déjà montré combien cette assimilation est difficile : l'hallucination du délirant chronique est surtout auditive, très rarement visuelle, au moins au début du délire, elle ne s'accompagne nullement de modifications de la notion de temps et d'espace comparables à celles de l'onirisme, elle n'est pas rattachée chronologiquement au sommeil. La réalité d'épisodes oniroïdes dans les délires n'infirme nullement ce point de vue. J'estime que, pour expliquer l'esthésie hallucinatoire du délire chronique, il faut admettre une excitation pathologique des centres sensoriels et rapprocher ainsi les délirants chroniques des malades organiques présentant des hallucinations (hallucinoïdes ou hallucinations véritables), par excitation pathologique des centres sensoriels sans qu'une modification globale du psychisme soit nécessaire. Mais pour les hallucinations auditives verbales, je crois que cette excitation corticale se borne à donner au phénomène la qualité sensorielle d'audition et que le contenu des voix est le produit d'un sentiment préexistant d'hostilité ambiante. Les exemples dans lesquels on peut dissocier la sensation parasite de l'identification délirante qui l'utilise et la transforme sont exceptionnels. En voici un cas : un malade déclare que la T.S.F. lui a appris qu'il y avait eu le feu la nuit dernière et que sa femme a été blessée. Prié de préciser les mots exacts qu'il a entendus, il répond de la façon suivante, écrite mot par mot sous sa dictée : « Je perçois des ondes de T.S.F. Ce ne sont pas des paroles, c'est une sorte de bruissement continu comme celui d'un jupon de soie. De temps en temps, j'entends, dans ce bruissement, des ébauches de mots, pas de voyelles, des groupements de consonnes. J'arrive à comprendre des mots entiers et à reconstituer des phrases. C'est exactement comme quand on entend les infirmiers parler à voix basse et qu'on devine leurs paroles. » Beaucoup plus commun est le phénomène qui consiste en une esthésie auditive indifférenciée sur laquelle s'exerce un sentiment préalable d'hostilité ambiante. Les malades déclarent alors : « On dit du mal de moi, je les entends chuchoter, je ne puis comprendre un mot de ce qu'ils disent, mais c'est certainement contre moi. »

La raison qui me fait admettre volontiers une légère excitation des régions temporales auditives dans les délires chroniques est la coexistence et la fréquence des hallucinations indifférenciées (hallucinations-sensations), dans le domaine du goût, de l'odorat, de l'interoceptivité. Les odeurs agréables ou non dont se plaignent les malades, les mauvais goûts, les douleurs multiples ne peuvent pas être l'expression d'idées inconscientes ou non, et sont des phénomènes primitifs. Sans doute, là encore, l'idée d'hostilité ambiante existe préalablement, mais, à mon avis, cela prouve seulement une antériorité chronologique dans l'apparition des symptômes, sans qu'on puisse croire que les hallucinations élémentaires sont une conséquence du sentiment d'hostilité.

Il reste maintenant à faire l'essentiel, c'est-à-dire à établir la genèse de ce sentiment d'hostilité ambiante. J'espère pouvoir, dans une communication ultérieure, exposer mon opinion à ce sujet.

M. MINKOWSKI. — M. Guiraud a fait allusion au différend qui oppose les organicistes aux psychologues, mais il n'y a pas lieu probablement de donner à ce différend la forme d'une antithèse inconciliable. A plusieurs reprises, nous avons eu l'occasion d'insister sur la portée psychologique de l'œuvre de de Clérambault, portée relative à l'enchaînement des faits psychopathiques apparaissant au cours des psychoses à base d'automatisme mental et qui s'affirme indépendamment des considérations organicistes mises à la base par l'auteur. De même la notion d'écrans, de M. Guiraud, touche de près au problème de l'esthésie en général et peut être le point de départ tant d'études physiologiques que psychologiques. Nous ne pouvons pas faire notre métier de psychiatre sans avoir recours à des notions psychologiques. De ce fait, s'ouvre d'emblée la porte à des recherches et à des considérations psychologiques. Ces recherches, telles que nous les concevons, en nous inspirant en partie de tendances philosophiques modernes, ont pour but non pas tant de résoudre le problème de la genèse qui, trop facilement, mène à des conceptions unilatérales et excessives, soit dans un sens, soit dans l'autre, mais ont pour tâche première d'examiner dans quelle mesure les notions psychologiques que nous employons couramment en psychiatrie, souvent sans analyse préalable, s'appliquent réellement aux faits psychopathiques qu'elles visent, jusqu'à quel point elles traduisent fidèlement la vraie nature de ces faits, leur richesse, leur enchaînement réel vu du côté

du malade et non seulement du nôtre. Que nous rendrons ainsi les psychismes morbides plus accessibles à notre compréhension paraît hors de doute. Les problèmes d'ordre psychologique qui se posent ainsi à chaque instant sont multiples. M. Vié, dans son intervention, a mis encore une fois en relief, de façon particulièrement nette, la nécessité d'étudier les hallucinations en connexion étroite avec les psychoses, au cours desquelles elles apparaissent. M. Baruk, en parlant de l'échappement de la pensée qu'accusent certains malades, a posé le problème des conditions physiologiques auxquelles on pourrait ramener la « contention » de la pensée chez l'être normal. Pour nous, du point de vue psychologique, le problème se pose un peu différemment ; il paraît nécessaire d'élucider la question de savoir si, du fait de « l'échappement », nous pouvons conclure à celui de la « contention », ou, pour parler d'une façon plus générale, s'il est permis d'établir d'emblée une corrélation directe, comparable à celle qui existe entre un positif et un négatif, entre les troubles tels que les expriment les malades, et des fonctions correspondantes chez le normal. Cette question se pose ici parce que nous nous trouvons justement en présence non de faits matériels et objectifs, mais de faits psychiques rattachés, quant à leur mode d'expression également, au psychisme particulier du sujet. Il semble indiqué de creuser le problème davantage pour aboutir à ce que nous avons appelé les troubles générateurs ; ces troubles ont trait aux modifications plus profondes que peut subir la personnalité humaine et qu'elle exprime alors à sa façon. Peut-être même arriverons-nous un jour — et, pour ma part, j'en suis convaincu — à mettre en évidence des notions psychologiques mieux adaptées que ne le sont les notions employées actuellement, au problème des relations organo-psychiques lui-même et susceptibles de l'éloigner de solutions schématiques et « métaphysiques » pour en faire une source de connaissances nouvelles.

M. VIÉ. — J'ai été amené moi-même, au Congrès de Bruxelles, à propos d'une forme délirante particulière (délire d'anthropopathie interne), à distinguer les cas qui reposaient avant tout sur des hallucinations cœnesthésiques, et ceux qui reposaient presque exclusivement sur l'impression qu'avaient les sujets du trouble profond de leur pensée : le caractère « esthétique » de ce trouble m'avait frappé au point que j'avais proposé pour cette catégorie la dénomination de « phrénesthésique ».

M. H. BARUK. — M. Guiraud vient de dire qu'il serait désirable de trouver une solution qui permette de concilier les deux posi-

tions extrêmes qu'il vient d'indiquer. C'est tout à fait mon avis, et cette solution découle, me semble-t-il, des données auxquelles je viens de faire allusion plus haut. Je viens de dire, en effet, que seules jusqu'à présent certaines hallucinations purement sensorielles ont pu être rapportées avec certitude, dans l'état actuel de nos connaissances, à des lésions cérébrales localisées. Ces résultats ont été liés aux progrès de la physiologie concernant les localisations des fonctions sensorielles.

Mais, en ce qui concerne les hallucinations à contenu psychologique, il s'agit de la perturbation d'une fonction de toute autre nature, la *contention de la pensée intérieure*. A l'état normal, notre pensée intérieure n'apparaît que très légèrement dans la méditation, la rêverie. Mais elle reste soumise à la volonté.

A l'état pathologique, elle peut être libérée suivant plusieurs degrés : au degré le plus léger, il ne s'agit encore que d'un trouble subjectif. Le malade a l'impression qu'il ne contrôle plus bien sa pensée intime, qu'elle lui échappe, comme si on la lui prenait. De là le sentiment d'emprise et d'influence.

A un degré de plus, la pensée s'échappe, et est répétée. On arrive ainsi au syndrome si magistralement décrit par de Clérambault.

A un degré encore plus accentué, le trouble devient objectif, la pensée sort d'une façon incoercible par la bouche du malade sous la forme d'une verbigération, ou de ce que nous appelons le syndrome de la « pensée parlée ».

Tous ces degrés des troubles de la pensée intérieure doivent être étudiés en rapport avec les conditions cérébrales. Il s'agit là, en effet, non de créations plus ou moins arbitraires, mais de troubles réels, subis par le malade, et ayant une réalité tout aussi nette, et frappante, que les troubles purement sensoriels. Cette libération incoercible de la pensée intérieure peut être déterminée par des perturbations cérébrales incontestables. Nous en avons rapporté divers exemples dans *l'épilepsie*, dans un mémoire paru en janvier 1933, dans les *Annales Médico-psychologiques*. Dans ce mémoire, nous rapportons des observations dans lesquelles, au cours d'auras épileptiques, la pensée intérieure était brusquement projetée, soit dans la pensée consciente du malade (hallucination psychique), soit d'une façon psycho-auditive, soit au dehors sous forme d'épisodes de verbigération paranoïde transitoire. On arrivait à bien comprendre psychologiquement le contenu de cette pensée libérée par l'épilepsie. J'ai observé des faits de même ordre dans certaines intoxications, toxi-infection, etc.

Ces troubles de la pensée intérieure relèvent donc aussi, malgré leur riche contenu psychologique de troubles physiopathologiques cérébraux, mais il ne s'agit plus ici de centres localisés. Les lésions localisées ne résument pas toute la pathologie cérébrale. Il y a des troubles complexes et diffus du fonctionnement cérébral tout entier, dont l'importance est considérable pour l'étude des hallucinations psychiques et de certaines hallucinations psycho-sensorielles complexes, étude qui se confond avec celles des fondements cérébraux de certains troubles de la pensée, et plus spécialement de la contention et du déroulement de la pensée intérieure.

La Société décide de laisser cette question en tête de l'ordre du jour de la séance du lundi 24 mai 1937. Sur la proposition du Président, elle décide, en outre, que des présentations de malades se rapportant à cette discussion pourront avoir lieu parallèlement au début de la séance du jeudi 13 mai 1937.

Déséquilibre psychique apparu trois ans après un chancre traité. Pyrexie prolongée antérieure à la syphilis, par M. J. DUBLINEAU.

A diverses reprises, nous avons insisté sur des troubles mentaux chez d'anciens syphilitiques, et pouvant être considérés comme des formes frustes de syphilis cérébrale. Il est, certes, toujours possible, pour un spécifique, de présenter par la suite une psychose périodique simple, une paraphrénie mégalo-maniaque, voire une démence sénile. Mais une discrimination est à faire. L'étiologie syphilitique peut être soupçonnée dans certains cas : 1° il s'agit souvent de formes à réactions médico-légales ; 2° par ailleurs, il n'est pas rare de rencontrer, dans les antécédents, une pyrexie importante plus ou moins prolongée qui pose chez eux le problème de l'allergie. Nous rappellerons en particulier les observations rapportées ici même, d'états de ce genre chez d'anciens paludéens. D'autres pyrexies peuvent être retrouvées. Enfin, nous rappellerons une fois de plus les modifications que les traitements antérieurs entraînaient dans la formule liquidienne de la paralysie générale, quand ils n'ont pu prévenir l'apparition de la maladie. La formule, dans ces cas, devient souvent — sinon entièrement négative (éventualité d'ailleurs en elle-même exceptionnelle) — du moins subpositive ou modifiée dans quelques-uns seulement de ses éléments.

Une partie de ces points de vue se retrouvent dans l'observation suivante, que voici :

D., 38 ans, mécanicien.

Antécédents héréditaires. — Père, 77 ans, petit industriel, paraissant normal, quoique de caractère un peu vif. Mère décédée à 66 ans, d'affection cardiaque. Famille très honorable.

Antécédents collatéraux. — Une sœur, 44 ans, bien portante.

Antécédents personnels. — Scolarité satisfaisante. Elève des Arts et Métiers jusqu'à 17 ans. Fait ses études normalement. La guerre interrompt ses études. Il reste en pays envahi, est déporté en Allemagne, contracte en 1915, soit à 18 ans, une typhoïde grave qui le tient quatre mois au lit. Après la guerre, il fait quelques semaines de service, revient dans le Nord, aidant son père à reconstruire l'atelier détruit. En 1924, chancre à la verge. On le soigne au 914 pendant 3 à 4 mois. Il présente des céphalées. Le Bordet-Wassermann n'est jamais complètement négatif. Le sujet reste célibataire. Depuis la 30^e année, il se fait soigner par intermittences, mais très irrégulièrement. Pas d'alcoolisme. Jusqu'alors, le comportement paraît avoir été complètement normal.

C'est vers la fin de 1926, soit vers la 30^e année, et moins de trois ans après le chancre, que les premières bizarreries se manifestent sous forme d'escroqueries avec détournements d'effets qui valurent à l'homme six mois de prison. A peine sorti, il est condamné de nouveau pour fraude de tabac. Puis, nouvelles escroqueries en série : l'homme emprunte successivement sept bicyclettes qu'il revend pour des prix dérisoires (or, à l'époque, le sujet travaillait toujours chez son père, lequel avait une voiture). Par ailleurs, depuis 1926, fugues impulsives, disputes avec la sœur, modifications nettes du caractère. En 1930, il est interné à Prémontré pour « dégénérescence mentale avec impulsions irrésistibles aux fugues et aux actes pervers », et transféré quelques mois plus tard : « Dégénérescence mentale. Constitution cyclothymique, impulsions aux fugues et aux vols. » A ce moment, le Bordet-Wassermann est +++ dans le sang. Acétylsarsan. L'examen clinique montre à cette date des réflexes tendineux et pupillaires normaux. Le Dr Carriat note : « Débilité mentale avec excitation hypomaniaque, instabilité, impulsions kleptomaniaques et tendances à la fugue. »

Sort en janvier 1931, avec le diagnostic de « névraxite spécifique probable en évolution », mais est réintégré sur expertise et non-lieu en 1933. On note à ce moment : « Dégénérescence mentale. Gros troubles du sens moral. Propension aux fugues. Obsessions. Pupilles paresseuses à la lumière... » (Dr Tarbouriech). A ce moment, le Bordet-Wassermann est négatif, le Kahn positif. Sort en décembre 1934.

Nous le retrouvons en 1935, à Douai, pour escroqueries, acquitté à la suite d'une expertise qui concluait chez lui à la responsabilité

atténuée. Presque aussitôt, il retourne devant le même Tribunal et est condamné à six mois de prison.

Il nous revient finalement pour une dernière affaire (c'est la dixième fois qu'il escroque une bicyclette dans les mêmes conditions), après une nouvelle expertise dans laquelle le médecin concluait à une paralysie générale au début.

En fait, à l'examen, l'homme ne présente aucun des signes de la paralysie générale. La mémoire est bonne. Pas de dysarthrie. Pas de tremblement. Graphisme normal. Et pourtant, à le voir, l'impression clinique est vraiment celle d'un paralytique général : euphorie approbative, niaiserie hypomaniaque, vivacité sautillante contrastant avec la chute et l'atonie des traits du visage.

Les pupilles sont myotiques et paresseuses. Les réflexes rotuliens sont vifs. Par contre, les achilléens sont abolis. Pas de Römberg.

Examens biologiques : sang : Bordet-Wassermann = 0. Kahn : ++++. Liquide céphalo-rachidien : albumine : 0,22. Leuco. : 0,2. Bordet-Wassermann = 0. Benjoin : 00000.02220.00000. Tension (assis) : 30.

COMMENTAIRES. — Au total, sujet à peu près normal, contractant une syphilis à 27 ans, incomplètement traitée et présentant, trois ans plus tard, des troubles du caractère et du comportement avec réactions médico-légales stéréotypées (fugues, escroqueries, vols de bicyclettes en série). A partir de ce moment, l'homme partage son temps entre l'asile et la prison. On le considère comme un dégénéré, plus ou moins hypomaniaque, « kleptomane » ou comme un débile. Toutefois, les réactions biologiques demeurent positives dans le sang. De plus, on assiste chez lui à l'apparition progressive de petits signes neurologiques, paresse pupillaire en 1933, puis, actuellement, aréflexie achilléenne. Finalement, il est interné pour paralysie générale après une nouvelle affaire médico-légale suivie d'expertise. En fait, l'examen clinique à l'entrée, malgré l'impression clinique effectivement conforme, est négative en dehors des signes frustes plus haut cités. L'examen biologique ne montre qu'un Kahn ++++ dans le sang, sans altération du liquide céphalo-rachidien.

Il ne s'agit pas d'un périodique : les troubles du comportement ont commencé à 30 ans, et se sont poursuivis sans interruption. L'homme est réellement devenu un déséquilibré. Tout se passe comme s'il s'était produit, dans les années qui suivirent le chancre, une *encéphalite syphilitique* à forme de troubles du caractère.

Deux ordres de faits, chez cet homme, sont à retenir :

1° Sa syphilis a été traitée, mais très insuffisamment. Les réactions n'ont jamais été complètement négatives.

2° D... avait fait, à 18 ans, une typhoïde prolongée. Cette typhoïde peut-elle être rendue responsable, à 15 ans de distance, des troubles constatés ? Nous ne le pensons pas, d'autant que, précisément, c'est parallèlement au développement des troubles du caractère que se sont accrus les petits signes d'altération du système nerveux plus haut mentionnés.

Il s'agit donc, selon toute vraisemblance, d'un déséquilibre psychique de nature syphilitique, chez un sujet, par contre, probablement allergisé par la typhoïde antérieure.

Il n'est pas inutile d'insister sur la grande importance de ces faits au point de vue médico-légal : ils ne facilitent pas la tâche de l'expert. Celle-ci sera surtout délicate lors des premiers délits, alors que la nature pathologique des troubles est encore imprécise. L'apparition tardive du déséquilibre, la stéréotypie des délits, interviendront utilement dans l'appréciation des faits.

M. GUIRAUD. — J'ai vu une période de déséquilibre analogue durer pendant 4 ou 5 ans, avant que la paralysie générale devînt évidente, chez un pharmacien qui commit maintes spéculations désastreuses, comme celle-ci : parti de province à Paris pour acheter une pharmacie, il écouta un homme d'affaires qui lui vendit, à la place, un commerce de fleurs artificielles.

Confusion mentale périodique chez un enfant hérédosyphilitique, par MM. J. DUBLINEAU et TARBOURIECH.

OBSERVATION. — J., né en 1924, nous est confié par le tribunal d'Etampes, au titre de mineur délinquant. Entré le 15 avril 1936 à l'annexe Henri-Rollet de l'Institut médico-pédagogique, il fait l'objet, de notre part, en fin d'observation, de la note suivante :

« Débilité mentale profonde. Niveau mental : 6 ans 10 mois environ. Pratiquement illettré. Troubles du caractère : instabilité, colères (non-constatées dans le service). En réalité, prédominance nette de la débilité sur les troubles caractériels. Paraît surtout actuellement un indifférent. Vol chez un voisin d'objets divers : gaules, brouette, parasol. Les objets, ramenés chez lui, n'ont pas été utilisés. Ne paraît pas avoir commis d'autres larcins. Héritéité chargée, hérédosyphilitique. Père paralytique général, longtemps interné, actuellement chez lui. Mère syphilitique et déséquilibrée d'après les rapports d'enquête. Antécédents personnels syphilitiques nets : pemphigus à la naissance. Début de méningite à 6 ans 1/2, avec inégalité pupillaire résiduelle. Traité par antisiphilitiques depuis sa naissance. (Aucun renseignement sur la régularité du traitement). Chétivité. Attitude vicieuse. Anisocorie (g. >). Inertie pupillaire gauche (il y aurait eu un trau-

matisme de ce côté dans le bas-âge). Hyperréflexivité tendineuse. Pronostic médiocre... » (30 avril).

Les examens biologiques pratiqués en juin sont négatifs. Sang : Bordet-Wassermann, Hecht et Kahn négatifs. Liquide céphalo-rachidien : albumine : 0,10. Bordet-Wassermann négatif. Benjoin : 00000. 22222.00000. Tension (assis) : 45 (Institut Pasteur de Lille).

Dans les mois qui suivent, le comportement de l'enfant est celui d'un débile simple, sans grands troubles du caractère. Il est traité par Elixir Déret, huile de foie de morue, sirop iodotannique. Taille et poids augmentent légèrement. Au point de vue pathologique, on ne note rien de particulier, sauf, en juin, une épistaxis.

Vers la mi-septembre, l'enfant fait une poussée fébrile avec herpès périlabial considérable, adénopathie cervicale. On pense à une grippe banale. Le 27 septembre, nouvelle épistaxis, hébétude, délire, hyper-tonie. Aucun signe méningé.

Les jours suivants, la température redevient normale, mais l'hébétude augmente. L'enfant ne répond pas, l'haleine est fétide, les lèvres fuligineuses. Ultérieurement, l'état reste stationnaire, l'enfant présente un délire tranquille. Le 3 octobre, on note un vomissement (en fait, l'enfant avait eu une ponction lombaire 4 jours plus tôt). Le liquide céphalo-rachidien, retiré ce jour, donne les résultats suivants : albumine : 0,10. Leuco. : 0,2 (quelques lymphos). Bordet-Wassermann négatif. Benjoin : 00000.22222.00000 (Dr Marmier). Pandy : 0. Weichbrodt : +. Meinicke et Takata-Ara : 0. Tension (assis) : 30.

En novembre, amélioration de l'état mental : les réponses deviennent pertinentes. L'enfant peut suivre la classe, où il ne fait d'ailleurs que peu de progrès (lenteur, difficulté des associations, etc.). Il grandit et grossit. Entre temps, il avait eu un traitement par suppositoires de Gambéol (octobre), puis injections de sulfarsénol (3 gr., 39 de décembre à mars).

Le 19 mars, nous lui annonçons la mort de son père, il apprend la nouvelle avec indifférence. Quelques jours plus tard, il est surpris par les éducateurs en train de prononcer quelques paroles inintelligibles. Le 26 mars, « se plaint de s'ennuyer » ; le 27, accuse des maux de tête (température : 38°4). Le 29 mars, « onanisme dans la salle, sans paraître, note l'éducateur, se rendre compte qu'il est vu par les camarades et les surveillants ». Le 30, l'état confusionnel se confirme avec gâtisme. L'enfant est isolé. Il ne présente aucun signe méningé.

Au début d'avril, très rapidement, l'état mental s'améliore. L'enfant peut être remis au milieu de ses camarades.

Au total, il s'agit d'un fils de paralytique général, ayant lui-même présenté des signes d'hérédospécificité dès la naissance (pemphigus). Traité, il eut néanmoins une méningite à 6 ans et demi. Le traitement paraissait d'ailleurs avoir été assez irrégulier.

Confié par le tribunal, à la suite de menus vols, il présente à l'entrée des signes pupillaires (anisocorie, rigidité gauche), mais sans signes biologiques. Son comportement est normal, puis, brusquement, il fait, à l'occasion d'un épisode fébrile étiqueté grippe, un état confusionnel avec fièvre, qui dure plusieurs semaines. La persistance de la confusion après chute de la température, l'air hébété de l'enfant, associés aux signes pupillaires et aux antécédents, évoquent l'idée d'un affaiblissement démentiel incipiens. Mais, la ponction lombaire ne permet de déceler aucune anomalie. D'ailleurs, l'enfant s'améliore, au point de vue physique et mental; il peut suivre la classe, mais refait, par la suite, un nouvel épisode confusionnel, de quelques jours. En résumé, confusion mentale périodique, sans signes biologiques, chez un hérédo-syphilitique certain.

Ces divers éléments suffisent à spécifier l'intérêt de cette observation. Signalons en outre que le deuxième accès confusionnel est apparu en fin de traitement par le sulfarsénol. Il est donc peu probable (à moins d'admettre une réactivation qui serait plus volontiers apparue au début du traitement arsenical), que nous ayons affaire à une confusion de *nature* spécifique. On peut se demander, par contre, pourquoi nous nous trouvons en présence d'un état confusionnel. Certes, comme tous les syndromes, et probablement plus que tous les autres syndromes psychopathiques, la confusion s'observe à l'occasion des étiologies les plus diverses. Mais sur quel terrain éclôt la confusion mentale ? N'est-il pas utile de rapporter à une étiologie précise le facteur héréditaire, quand celui-ci, comme pour toute psychose, se trouve devoir être invoqué ? Il serait intéressant de savoir si, à côté des questions d'âge et de morphologie, les formes cliniques de la psychose ne sont pas déterminées par le type étiologique de tel ou tel terrain. C'est dans cet esprit, et sans préjuger aucunement du résultat final de nos investigations, que nous rapportons cette observation.

Celle-ci, par ailleurs, présente un intérêt clinique propre par son allure de pseudo-démence paralytique juvénile à évolution curable, sans signes biologiques.

Cette évolution favorable, en dépit de la syphilis certaine, de la débilité foncière, nous paraît pouvoir être en partie rapportée aux traitements de la prime enfance. Avec Dupouy, l'un de nous a insisté, il y a quelques années, sur les modifications profondes que le traitement antérieur faisait subir à la formule biologique d'une paralysie générale. Nous pourrions ajouter que, semblable en cela à certaines pyrexies, il allergise le terrain et rend moins grave l'évolution de la psychose ultérieure, quand d'aventure

celle-ci apparaît. Forçant un peu notre pensée, on pourrait se demander si, dans l'espèce, la confusion n'apparaît pas comme une forme dégradée de la démence : notion qui permettrait de reconsidérer sous un nouveau jour celle, déjà ancienne, de « démence curable », mise en avant à l'occasion de recherches sur l'évolution, soit de confusions mentales en général, soit de démences paralytiques malarisées.

Syndromes d'agitation confusionnelle évoluant sur un terrain hérédo-syphilitique, par MM. J. DUBLINEAU et TARBOURIECH.

Notre attention a été attirée par la fréquence relative du terrain hérédo-syphilitique chez les sujets présentant un syndrome d'agitation confusionnelle prolongé ou *périodique*. Voici deux observations données à titre d'exemple :

OBSERVATION I. — Deb., 30 ans. Père mort d'affection *x*. La mère a eu une congestion cérébrale à 58 ans. Famille de 14 enfants, dont 10 morts à âges divers, la plupart en bas-âge. Le sujet, marié à 23 ans, a une fille de 7 ans, bien portante.

Enfance rachitique. Début en novembre 1934, par céphalées, asthénie, amaigrissement, subanxiété, crainte d'avoir le cou coupé. Vellétés suicides ; fugues fréquentes pour fuir des poursuivants imaginaires. Voix. Quelques excès éthyliques.

Etat stationnaire pendant dix-huit mois. Finalement, interné en août 1936 pour « mélancolie délirante, accès d'excitation plus ou moins confusionnelle. Alcoolisme ». (D^r Vullsten).

À l'entrée, regard tragique, hébétude, monosyllabes. Nous notons : « Etat mélancolique et confusionnel. Désorientation. Dysmnésie. Monosyllabes. Cicatrices de coups récentes, jambe droite et main gauche. Mydriase. Tremblement. Assymétrie faciale. Alcoolisme avoué. » (D^r Dublineau). Les réactions pupillaires sont normales à tous points de vue, les réflexes tendineux sont vifs.

Examens biologiques le 21 octobre 1936. Liquide céphalo-rachidien : albumine : 0,22. Leuco : 0,1. Benjoin : 00000.22222.00000. Bordet-Wassermann : 0 (Institut Pasteur de Lille). Pandy, Weichbrodt, Meinicke et Takata-Ara négatifs. Tension (assis) : 39. Sang : Bordet-Wassermann et Kahn négatifs (Institut Pasteur), Meinicke +++ (examen personnel).

Le 24 novembre 1936, un nouvel examen du sang donne : Bordet-Wassermann et Kahn négatifs (Institut Pasteur), Meinicke ++ (examen personnel).

Mis au traitement bismuthique (bi-soluble), Deb. ne tarde pas à voir son état s'améliorer nettement. Il s'occupe à de menus travaux. Il pourra quitter l'asile prochainement.

Au total : confusion mentale avec onirisme, anxiété, ayant duré près de deux ans et ayant succédé à une phase de céphalées, avec asthénie et amaigrissement. Ethylisme avoué. Polyléthalié infantile collatérale massive. Stigmates dégénératifs. Liquide céphalo-rachidien normal. Meinicke positif dans le sang. Rétrocession contemporaine d'un traitement spécifique.

OBS. II. — Des., né en 1902. Père interné (affection α). Mère, bien portante. A eu quatre frères et sœurs dont deux jumeaux mort-nés, un frère mort en bas-âge et une sœur, « anormale par moments », d'après les renseignements officiels. Marié, a perdu un enfant mort à 3 ans (méningite probable), sa femme a fait une fausse-couche de 3 mois.

Premier internement à 31 ans pour bouffées délirantes polymorphes avec idées de jalousie. Sort au bout d'un mois. Deuxième placement l'année suivante (1934), suivi de transfert à Armentières. (« Etat d'excitation verbale et motrice. Loquacité. Fuite des idées. Désordre des actes. Par la suite, présente un état d'agitation confusionnelle qui persiste. Appoint éthylique probable »).

Au point de vue physique : anisocorie importante (g. >). Réaction pupillaire normale. Rotuliens normaux. Légère dysarthrie.

Examens biologiques, 17 janvier 1935. Sang : Bordet-Wassermann et Kahn négatifs. Liquide céphalo-rachidien : albumine : 0,51. Leuco. : 0,8. Benjoin : 00000.22222.00000. Bordet-Wassermann négatif (Institut Pasteur de Lille). Takata-Ara : traces.

Le 20 septembre 1935. Sang : Bordet-Wassermann et Kahn négatifs (Institut Pasteur). Meinicke ++ (examen personnel). Liquide céphalo-rachidien : albumine : 0,40. Leuco. : 0,8. Bordet-Wassermann négatif. Benjoin : 00000.22222.20000 (Institut Pasteur). Meinicke +. Pandy : 0. Weichbrodt ++. Tension (assis) : 47.

Dans le courant de 1935, amélioration parallèle à un traitement arsénical (acétylarsan, stovarsol). Sort le 21 décembre 1935. Réintégré un mois plus tard dans des conditions particulières, sort à nouveau en mai 1936, définitivement, après une nouvelle série d'injections d'acétylarsan. A cette date, Bordet-Wassermann et Kahn restent négatifs (le Meinicke n'a pas été pratiqué).

Au total : excitation confusionnelle prolongée, chez un éthylique probable, ayant duré près de deux ans chez un sujet déjà placé antérieurement pour un épisode analogue, mais bref. Polyléthalié infantile collatérale. Hyperalbuminorrachie à deux examens consécutifs. Meinicke positif dans le sang. Rétrocession contemporaine d'un traitement spécifique.

COMMENTAIRES. — Nul n'oserait actuellement faire intervenir dans l'éclosion de la psychopathie, un seul facteur. En réalité, trois ordres de faits doivent entrer en ligne de compte dans l'interprétation pathogénique du cas : le facteur immédiat,

l'appoint hérédo-vésanique, enfin, dans la mesure du possible, la cause de cette hérédité.

Dans les deux cas, on trouve des antécédents éthyliques, et il est quasi-certain que ce facteur est entré en ligne de compte. En fait, il s'agit de « psychoses éthyliques subaiguës ». Or, à diverses reprises, l'un de nous a insisté sur la facilité avec laquelle l'éthylisme était invoqué, alors qu'il n'intervient souvent qu'à titre d'appoint. C'est le cas ici. L'important, en définitive, c'est que, chez nos deux malades, nous nous trouvons en présence d'hérédo-syphilitiques évidents. Il faut retenir également, et là est l'intérêt pratique de l'observation, que, dans les deux cas, un traitement spécifique a amélioré rapidement les troubles. La seule « désintoxication » avait échoué.

En l'espèce, les réactions biologiques, quoique frustes, étaient positives en partie dans le sang. Mais, pour une réaction positive, que de formes où l'on ne trouve rien ! Rreprennent alors leur importance, dans ces cas, les antécédents cliniques permettant de soupçonner l'hérédo-syphilis. La notion garde son importance pratique, car c'est au terrain spécifique qu'il faudra s'attaquer pour obtenir une amélioration de la psychose dite éthylique.

L'éthylisme lui-même peut n'être pas retrouvé. On peut se trouver en présence d'un état confusionnel, avec appoint hypomaniaque ou dépressif, qui ne fait pas sa preuve étiologique. Le problème se pose, dans ces cas, de la même façon. La confusion aura d'autant plus de chances de rétrocéder que l'on s'attaquera plus directement au terrain.

Nous ne voulons pas, dans cette note, aborder le problème du terrain hérédo-syphilitique en général dans l'éclosion de la confusion mentale. Nous désirons seulement, pour le moment, attirer l'attention sur la nécessité de ne pas négliger ce terrain dans l'appréciation des indications thérapeutiques de la confusion mentale.

Anorexie mentale et hypophyse, par MM. Raymond et Marcel ROUGEAN.

La question des rapports de l'anorexie mentale et de l'insuffisance hypophysaire a été mise à l'ordre du jour ces derniers temps par de nombreux articles récemment publiés à ce sujet.

Il semble que deux opinions s'affrontent actuellement :

L'une, selon laquelle l'anorexie mentale et la maladie de Simonds auraient une pathogénie bien différente, la seconde seule

de ces deux affections reconnaissant pour cause un dysfonctionnement hypophysaire.

L'autre, selon laquelle il y aurait lieu de rapprocher les deux maladies, l'anorexie dite mentale étant l'ébauche de la cachexie hypophysaire de Simmonds et relevant, comme elle, d'une insuffisance hypophysaire.

C'est pourquoi nous avons pensé qu'il ne serait pas dénué d'intérêt de vous soumettre une observation qui nous paraît apporter un argument à cette dernière théorie.

D. est une jeune fille de 16 ans.

Sa mère, qui avait été soignée en 1929 pour un syndrome basedowien, est morte accidentellement à l'âge de 39 ans.

Son père, âgé de 48 ans, est en bonne santé.

On ne retrouve dans les antécédents personnels de notre malade aucune affection sérieuse ; son enfance a été en tous points normale, tant du point de vue du développement somatique qu'intellectuel.

Il convient pourtant de noter que, fille unique, enfant gâtée, à qui sa famille n'a jamais rien su refuser, D. a toujours eu un caractère difficile, supportant mal la moindre contrariété et n'acceptant pas la contradiction.

A l'âge de 13 ans, la malade est réglée pour la première fois, mais au bout de deux mois, le cycle menstruel s'interrompt.

Ce n'est que deux ans après le début de cette aménorrhée, en juillet 1936, que D. commence à perdre l'appétit.

Très rapidement, l'anorexie s'accroît : la malade s'alimente de moins en moins et restreint ses repas au point de ne plus prendre, dit sa famille, « que trois bouchées de viande et 25 à 30 grammes de pain au repas de midi, et un demi-jaune d'œuf et deux grains de raisin au repas du soir ».

Un amaigrissement considérable et rapide *en résulte*.

Sa famille, inquiétée, à juste titre, fait de multiples tentatives pour la faire manger : on lui prépare les plats qu'elle aime bien, on insiste, on supplie, on se fâche, rien n'y fait : on ne réussit qu'à l'énerver.

Habitée depuis toujours à voir les siens céder à ses moindres caprices, D. leur tient tête. Elle n'éprouve, dit-elle, aucune sensation de faim ; elle ne souffre pas ; l'ingestion d'aliments provoque, au contraire, prétend-elle, des douleurs gastriques auxquelles elle préfère se soustraire par un jeûne presque absolu.

Il est à remarquer que son activité n'est nullement amoindrie : comme auparavant, elle lit beaucoup, elle dessine, elle peint, elle s'occupe activement à des travaux de couture.

Pourtant, à ce régime, elle perd 10 kilogs en 5 mois, malgré les traitements mis en œuvre pour lui faire recouvrer l'appétit. Son médecin traitant lui prescrit successivement de nombreux médicaments toniques ou apéritifs ; il est même amené à lui faire des injec-

tions de sérum isotonique et à la confiner au lit. Toute cette thérapeutique s'avère inefficace et l'un de nous est appelé en consultation fin novembre 1936, c'est-à-dire environ cinq mois après le début de l'anorexie.

A cette date, D., qui mesure 1 mètre 60, ne pèse plus que 39 kilograms 500.

Elle est extrêmement amaigrie ; pourtant, aucune cause ne peut être reconnue à cet amaigrissement par l'examen somatique qui s'avère presque entièrement négatif, puisqu'il ne met en évidence que l'abolition des réflexes pharyngien et conjonctival.

La malade explique que, si elle ne s'alimente pas davantage, c'est parce qu'elle n'éprouve jamais la moindre sensation de faim : c'est donc qu'elle se nourrit suffisamment ; du reste, elle se porte très bien et ne comprend pas pourquoi on fait tant de bruit autour de son appétit ; c'est énervant, sa famille la prend pour une enfant, c'est complètement ridicule.

Le diagnostic d'anorexie mentale est porté sur l'ensemble des symptômes que nous venons d'exposer et l'isolement en maison de santé est prescrit.

La malade ne veut naturellement pas entendre parler de clinique, et sa famille, toujours faible, hésite et finalement lui cède en insistant pour qu'un essai de traitement à domicile soit préalablement tenté.

Une semaine passe, pendant laquelle la malade perd encore 500 grammes, ce qui amène son poids à 39 kilograms.

Cette fois, la famille se décide et la conduit à la clinique malgré ses protestations, car D. ne l'entend pas ainsi et ne perd pas une occasion de manifester sa mauvaise humeur : c'est à peine si elle parle ; elle se montre hargneuse, distante vis-à-vis du personnel et des médecins. Elle se refuse à être emprisonnée de la sorte et se retranche derrière une attitude de dignité offensée.

Malgré sa répulsion, le traitement est commencé dès le lendemain de son arrivée.

La longue préexistence de l'aménorrhée à l'anorexie nous ayant suggéré l'hypothèse de la possibilité d'un facteur pathogénique endocrinien, nous prescrivons l'injection quotidienne de 100 unités-rat d'hormone gonadotrope du lobe antérieur de l'hypophyse (antélobine). Nous y associons l'injection de 10 unités d'insuline avant chaque repas. La malade est maintenue au lit et elle s'alimente sous surveillance rigoureuse.

Dès la première semaine, on note une augmentation de poids de 900 grammes, puis de 600 grammes la semaine suivante, et de 300 grammes la troisième semaine.

A ce moment, l'antélobine faisant défaut, les injections sont suspendues pendant une semaine : il en résulte une perte de poids de 200 grammes, malgré la continuation de l'insuline et la suralimentation.

La semaine suivante, on supprime l'insuline, on reprend l'antélo-

bine, — toujours à la dose de 100 unités par jour, — et on lui associe la folliculine (benzo-gynoestryl), à la dose de 10.000 unités par semaine.

Les règles réapparaissent le 20 janvier et l'augmentation de poids s'accroît.

Dans le courant de février, D. quitte la clinique.

Elle a repris 7 kilogs ; son état général est satisfaisant ; elle éprouve depuis quelques semaines la sensation de faim et s'alimente avec plaisir.

Ses règles, encore qu'elles ne soient pas très régulières, réapparaissent néanmoins chaque mois.

Son caractère est devenu plus aimable, moins intransigeant ; elle parle volontiers.

Le traitement antehypophysaire est continué à domicile à la dose quotidienne de 20 unités d'antélobine.

Des nouvelles reçues en mars nous ont appris que l'amélioration persistait et que le poids continuait à augmenter.

Il nous semble bien que, chez cette malade, le diagnostic d'anorexie mentale puisse être porté sans hésitation :

Il s'agit d'une jeune fille présentant des signes névropathiques discrets (abolition des réflexes pharyngien et conjonctival), des troubles du caractère ; c'est une enfant gâtée, très entourée, trop choyée. Nous relevons, d'autre part, dans ses antécédents maternels, l'existence d'un syndrome basedowien.

Voilà bien le terrain de choix de l'anorexie mentale.

L'entêtement de la malade à ne pas se faire soigner, son refus catégorique de s'alimenter, son optimisme en présence d'un amaigrissement considérable, normalement inquiétant, nous semblent caractéristiques de l'état mental de tels malades.

D'autre part, la préexistence de l'anorexie à l'amaigrissement, la réapparition rapide des règles au cours de l'amélioration, ont été données comme caractères différentiels en faveur de l'anorexie mentale, contre la maladie de Simmonds.

Enfin, plusieurs observations ont été publiées concluant au diagnostic d'anorexie mentale et dans lesquelles l'aménorrhée avait été le symptôme initial.

C'est précisément cette aménorrhée précoce qui nous a fait envisager la possibilité d'un trouble endocrinien et nous a conduit à instituer un traitement opothérapique hypophysaire.

Comme nous avons tenté de le mettre en évidence au cours de cette observation, l'épreuve du traitement a pleinement confirmé notre hypothèse puisqu'à une augmentation de poids importante, dès le début du traitement, a succédé une régres-

sion immédiate dès que l'ante-hypophyse a été supprimée et cela malgré la continuation de la suralimentation et du traitement insulinique ; d'autre part, la courbe de poids a recommencé à monter dès que la reprise du traitement a été possible.

Il nous semble donc qu'avec MM. Augier et Cossa, qui ont exprimé leur opinion dans le *Journal Médical Français* d'octobre 1936, on puisse considérer, dans le cas qui nous occupe, l'aménorrhée comme le premier signe endocrinien de la maladie, puisqu'on ne peut évidemment pas y voir la conséquence de l'amaigrissement par inanition.

Il ne nous a pas été possible de pratiquer des épreuves biologiques mettant en évidence la participation hypophysaire ; nous croyons pourtant qu'en se basant sur la seule clinique, on puisse conclure que, dans le cas que nous vous avons présenté, un élément d'hypopituitarisme antérieur participait à l'étiologie de l'anorexie, et, sans nier l'importance du facteur psychique, il semble qu'avec les auteurs précédemment cités, on puisse se demander si cette insuffisance hypophysaire préexistante n'est pas précisément à la base de cette forme mentale.

La leucoplasie buccale chez les paralytiques généraux, par M. Louis VALLADE (Travail du service de M. le Dr Paul Abély).

Pour être complet, l'examen clinique d'un paralytique général doit comporter, outre l'étude des signes psychiques et neurologiques que l'on peut rencontrer dans cette maladie, la recherche des signes de syphilis.

Parmi les signes de syphilis viscérale, la leucoplasie buccale a une importance particulière.

Autrefois, lorsque la pratique des examens sérologiques de la syphilis n'existait pas, la recherche des signes d'origine ou de nature syphilitique prenait une importance particulière pour éclairer le diagnostic étiologique, à tel point que Brocq disait :

« Si on est embarrassé pour savoir si une lésion quelconque est ou n'est pas d'origine syphilitique, il faut examiner avec soin la muqueuse buccale et, si l'on y trouve une lésion chronique quelconque, telle que leucoplasie, etc..., on doit conclure à la syphilis. »

La fréquence de la leucoplasie chez les paralytiques généraux, stigmatisme beaucoup plus fréquent que les autres manifestations viscérales de la syphilis, telle l'aortite, par exemple, a été depuis longtemps signalée et même, semble-t-il, exagérée puisqu'autre-

fois la question s'est posée de savoir s'il ne fallait pas la considérer comme un signe de syphilis nerveuse.

Mais ce qui nous a surtout déterminé à étudier la leucoplasie chez les paralytiques généraux, c'est l'intérêt pathogénique que peut présenter dans la coexistence, chez un même sujet, de deux affections de même nature parasyphilitique et affectant toutes deux des tissus dérivés de l'ectoderme.

Nous avons recherché systématiquement la leucoplasie buccale chez les paralytiques généraux du Service et nous avons fait les constatations suivantes quant à la fréquence et aux caractères cliniques de cette leucoplasie.

Sur 80 malades examinés :

41 sont porteurs de leucoplasie.

7 présentent une décoloration de la muqueuse qui ne permet pas d'affirmer le diagnostic.

32 sont indemnes.

Au point de vue clinique, la leucoplasie buccale que nous avons observée présente les caractères suivants :

Elle est très rarement linguale. Son siège d'élection est jugo-commissural se confondant ainsi avec ce que Fournier a appelé « les plaques commissuraires des fumeurs ».

Elle a, le plus souvent, la forme d'un triangle de hauteur variable, à base commissurale s'étendant sur la face interne des joues et à sommet dirigé vers l'arrière-bouche.

Elle est généralement très atténuée. C'est le type de la leucoplasie légère décrite par Darier consistant en une simple décoloration de la muqueuse qui prend un aspect grisâtre, porcelainé. Cette leucoplasie jugo-commissurale, très adhérente, caractère qui permet de ne pas la confondre avec le lichen plan, est sillonnée de fissures correspondant à de nombreux plis de la muqueuse, ce qui lui donne un aspect gaufré ou de mosaïque assez caractéristique.

Elle est tantôt bilatérale, tantôt unilatérale.

Au point de vue évolutif, cette leucoplasie reste légère, nous n'avons pas trouvé de plaques épaisses de leucokératose et enfin, elle ne semble pas avoir tendance à s'ulcérer, ulcération qui pourrait être le point de départ du développement d'un cancer.

*
**

Au cours de cette recherche de la leucoplasie chez les paralytiques généraux, nous avons fait quelques remarques concernant l'étiologie de la leucoplasie.

De nombreux auteurs, dont : Landouzy, Gaucher, Sergent, ont depuis longtemps démontré que les plaques commissuraires décrites par Fournier ne sont pas particulières aux fumeurs et qu'elles sont avant tout un indice révélateur de syphilis.

Le fait de les constater chez les paralytiques généraux à titre de manifestation surajoutée de la parasyphilis est une confirmation que c'est la syphilis qui en est l'élément étiologique primordial. Chez les paralytiques généraux que nous avons examinés, l'influence du tabac (auquel Brocq, Jeanselme et d'autres avaient attribué, dans certains cas, un rôle exclusif), apparaît être d'ordre secondaire.

En effet, la leucoplasie se rencontre aussi souvent chez les malades qui ne fument pas ; lorsqu'elle est unilatérale, elle siège surtout à droite, alors que les fumeurs ont généralement l'habitude de placer leur cigarette à gauche ; enfin, chez quelques femmes atteintes de paralysie générale et qui n'ont jamais fumé que nous avons eu l'occasion d'examiner, on peut retrouver, moins fréquemment cependant que chez les hommes, ces plaques de leucoplasie.

*
**

Notre but était d'insister sur les caractères étiologiques communs de la leucoplasie et de la paralysie générale.

Signalons, dans cet ordre d'idées, l'analogie étiologique suivante entre la leucoplasie d'une part, la paralysie générale et le tabès d'autre part : ces accidents surviennent rarement chez des sujets porteurs de gommages.

Dans notre statistique, sur 80 paralytiques généraux, 2 seulement présentent des gommages syphilitiques.

La leucoplasie a donc une pathogénie différente d'autres affections de nature syphilitique : telles les gommages, et c'est pour cette raison qu'elle a été rangée, avec la paralysie générale, parmi les affections que Fournier a qualifiées parasyphilitiques.

Ce sont, a dit Fournier :

« Des affections qui dérivent de la syphilis comme origine
« causale sans être pour cela syphilitiques de nature et qui,
« lorsqu'elles sont issues de la syphilis, se différencient des
« affections syphilitiques vraies par la non influence du traite-
« ment anti-syphilitique. »

Cette parenté entre la leucoplasie et la paralysie générale, remarquée par de nombreux auteurs, a fait dire à Milian :

« La leucoplasie, se rencontrant chez les sujets atteints de

« tabès et de paralysie générale, où elle est généralement le seul
 « stigmate cutanéomuqueux de la syphilis, il y a lieu de penser
 « que la race de tréponème qui produit la leucoplasie est la
 « même que celle qui produit le tabès et la paralysie générale. »

Pour terminer, signalons que le traitement subi par nos paralytiques généraux (malariathérapie associée aux cures de stovarsol, bismuth, mercure) n'a pas fait disparaître la leucoplasie.

Mais, doit-on rapporter à ce traitement le fait qu'elle reste longtemps « fixée » à un stade bénin, et que, malgré sa fréquence, l'ulcération et la transformation maligne semblent très rares ?

Syndromes périodiques nerveux et mentaux en dehors des états maniaques dépressifs. Les névraxoses périodiques, par M. H. BARUK et M^{lle} GEVAUDAN.

A la suite de la systématisation nosographique de Kræpelin, on a pris l'habitude de réduire les manifestations périodiques à la psychose maniaque dépressive. Cette psychose apparaissait ainsi comme une entité précise, caractérisée, avant tout, par une atteinte de la régulation de l'émotivité et de l'affectivité.

Cependant, bien avant Kræpelin, les manifestations psychiques périodiques avaient été décrites par Falret (1) en 1851, dans un sens infiniment plus général, sous le nom de « forme circulaire des maladies mentales ». C'est seulement un peu plus tard, à la suite des travaux de Baillarger, que l'attention se concentre sur « la folie à double forme ». Peu à peu, les tendances nosographiques se schématisent de plus en plus pour aboutir à la psychose maniaque dépressive de Kræpelin.

Cependant, la psychiatrie française a toujours eu tendance à déborder sur ce sujet la conception kræpelinienne, comme en témoignent d'innombrables publications sur les formes atypiques de la psychose périodique, et sur ses associations (associations avec la paranoïa, les états schizophréniques, etc.).

Le terme même de psychose périodique, si fréquemment employé en France, est au fond beaucoup plus général que celui de psychose maniaque dépressive.

Ces dernières années, l'Ecole Roumaine, à la suite d'Obregia,

(1) FALRET. — Marche de la folie : Forme circulaire des maladies mentales. *Gazette des Hôpitaux*, 1851.

a particulièrement souligné la nécessité d'une révision du concept kræpelinien de la psychose maniaco-dépressive, et propose le terme, beaucoup plus extensif, de cyclophrénie (1).

Depuis plusieurs années, l'un de nous est parvenu à des conclusions analogues. Dans des leçons faites il y a six ans dans le service du Professeur Claude, à l'Asile Ste-Anne, il avait insisté sur l'existence, non seulement de formes cliniques très variées de troubles mentaux périodiques, mais encore sur la fréquence d'une série de manifestations nerveuses, neuro-végétatives, viscérales et même cérébro-spinales à caractère périodique. Il considérait que la périodicité, loin de constituer l'apanage d'une maladie mentale déterminée, représentait un type de réaction très générale du système nerveux, et devait être envisagée avant tout sous l'angle physiologique.

Nous avons dépouillé sur ce sujet un certain nombre de nos observations qui vont faire l'objet de la thèse de l'un de nous. (Mlle Gevaudan), et seront publiées en détail dans ce travail. Nous désirons seulement, dans cette communication, indiquer nos conclusions générales.

En dehors des états maniaques dépressifs, on peut observer en pathologie neuro-psychiatrique, de très nombreux syndromes périodiques (2) que nous proposons de classer comme suit :

- 1° Syndromes psychopathiques.
- 2° Syndromes névropathiques.
- 3° Syndromes somatiques et neuro-végétatifs.
- 4° Manifestations neurologiques périodiques.
- 5° Manifestations périodiques au cours des atteintes organiques avérées du système nerveux.

1° *Syndromes psychopathiques.* — Ces syndromes sont extrêmement variés. Nous avons déjà parlé des *formes paranoïaques* périodiques. Elles ont fait l'objet de la thèse de Bessièrès (3). Elles nous semblent très importantes. La notion de paranoïa fixe et irrémédiable est loin d'être constante. Non seulement il existe

(1) OBRÉGIA. — Formes atypiques de la psychose périodique. *Bull. Soc. Roumaine de Neurol.*, 1924, et la *Cyclophrénie. Révision du chapitre Psych. maniaco-dépressive*. Soc. psych. de Bucarest, 1936, T. I, n° 1.

OBRÉGIA et DIMOLESCO. — Diagn. diff. de la Cyclophrénie. *Romania Medical*, 1^{er} avril 1933, p. 97.

(2) Ces syndromes périodiques peuvent parfois d'ailleurs alterner avec des périodes maniaques ou mélancoliques. Ils se présentent dans ce cas comme de véritables équivalents de psychose circulaire, tantôt typiques, tantôt atypiques.

(3) BESSIÈRES. — Paranoïa et psychose périodique. *Thèse Paris*, 1913.

des paranoïas périodiques, mais encore des paranoïas périodiques symptomatiques. On connaît d'ailleurs les travaux de Sérieux et Libert, la thèse de Valence, etc., sur les délires d'interprétations symptomatiques. Nous avons observé plusieurs fois pour notre part des états paranoïaques caractéristiques et nettement périodiques au cours de la syphilis nerveuse.

A côté de la paranoïa, les *manifestations périodiques à type schizophrénique* sont aussi très fréquentes. Rappelons que, comme l'un de nous y a insisté avec le Professeur Claude (1), il existe une *catatonie périodique* extrêmement nette, conformément à la description initiale de Kahlbaum. L'un de nous a inspiré sur ce sujet la thèse de Sidawy. L'Ecole Romaine, avec Obregia, Tomesco (2) a également insisté sur ces catatonies périodiques. Dans ce domaine, la systématisation kräpelinienne, qui tendait à faire rentrer toutes les catatonies dans le cadre de la démence précoce, est actuellement battue en brèche de toute part. Cette conception a retardé, pendant de longues années, les progrès de nos connaissances dans l'étiologie et le mécanisme de la catatonie.

On peut également observer des *formes hébéphréniques* à caractère périodique. Nous avons recueilli un certain nombre d'observations très caractéristiques. Citons à titre d'exemple le cas d'un de nos malades que nous avons soigné au cours de deux accès caractérisés par une dissociation psychique complète avec indifférence affective, verbigération incohérente, stéréotypie, desseins symboliques, autisme complet, etc... Ce jeune homme a parfaitement guéri de ces deux accès et occupe, depuis plusieurs années, des fonctions importantes dans une usine où il donne toute satisfaction. Nous n'insisterons pas sur ces faits en réalité assez fréquents, et qui ont donné lieu à une abondante littérature sur les rapports de la démence précoce et de la psychose maniaque dépressive. Pour des observateurs impartiaux, le point de vue de discrimination nosographique, qui est encore celui de beaucoup de psychiatres, reste, à certains points de vue, littéralement inextricable. Nous renvoyons à ce sujet à l'importante thèse de Rouart (3).

Même les *syndromes paranoïdes* peuvent prendre la forme

(1) CLAUDE et BARUK. — La catatonie. *Presse Médicale*, n° 103, 26 déc. 1928.

(2) TOMESCO. — Studii clinice si experimentale. *Topogr. Cultura. Str. Campineanu*, n° 15, 1931.

(3) ROUART. — Psychose maniaque-dépressive et folies discordantes. Situation nosographique de quelques formes particulières par rapport à ces entités. *Thèse Paris*, 1935.

périodique. Nous reviendrons plus tard sur cette question. Dans la thèse de l'un de nous, nous insistons plutôt sur des formes moins connues. Ce sont d'abord les *formes oniriques et délirantes*. On trouvera rapportées en détail dans cette thèse quatre observations typiques de délire onirique périodique. Rappelons à ce sujet que le D^r René Charpentier (1) a montré que l'onirisme hallucinatoire peut exister sans aucune confusion mentale. Les cas que nous rapportons sont assez semblables à la remarquable observation qu'il a rapportée dans ce travail, mais ils prennent l'aspect de délires périodiques très nets, entrecoupés de rémissions totales et très longues durant lesquelles le malade paraît tout à fait guéri. Dans le cas de René Charpentier, il s'agit d'un délire onirique toxi-infectieux. Dans nos cas, nous n'avons pas retrouvé d'élément toxi-infectieux, mais seulement une périodicité extrêmement frappante, et réalisant cet aspect de contraste si impressionnant et si particulier aux psychoses périodiques.

René Charpentier notait dans son travail que « l'exaltation imaginative transforme l'onirisme en délire ». Dans nos cas, on note aussi toutes les transitions entre l'onirisme vrai et l'onirisme imaginaire. Au moment où le grand onirisme s'atténue un peu, la personnalité intervient et essaie d'organiser l'imagerie onirique. C'est cette tentative d'organisation, qui donne à l'observateur l'impression de délire imaginaire (2). Ce processus est analogue à celui que l'un de nous a décrit dans les délires oniriques des catatoniques. Nous avons retrouvé, dans la littérature, un exemple remarquable de cette forme onirique de la psychose périodique, c'est celui de Gérard de Nerval, qui a donné dans son livre *Aurélia*, son auto-observation et des descriptions extrêmement intéressantes de ses périodes de rêve et de délire.

Nous insistons, d'autre part, sur certains *syndromes d'influence périodiques*. Dans ce domaine aussi, on a trop tendance à considérer le délire d'influence comme une maladie fixe, systématisée et progressive. Il s'agit là également seulement d'un syndrome que l'on peut observer dans les conditions étiologiques les plus diverses, et qui prend d'ailleurs des aspects cliniques très différents. Nous avons eu l'occasion d'observer trois cas de syndromes d'influence périodique à la ménopause chez des cyclothymiques.

(1) René CHARPENTIER. — L'onirisme hallucinatoire. Ses rapports avec la confusion mentale. *Revue Neurol.*, n° 10, oct. 1919.

(2) Toutefois, nos observations sont très différentes des cas décrits par Heuyer, Borel sous le nom de « délire de rêverie ».

Le syndrome d'influence apparaissait, dans ces trois cas, à la faveur d'une sorte d'exaltation et d'éréthisme affectif, et érotique de la ménopause. Cet état reste donc assez différent des syndromes d'influence décrits par Logre et Heuyer dans la manie. Dans nos cas, le syndrome d'influence apparaît plutôt comme une sorte d'équivalent cyclothymique passager, et semble bien lié à des perturbations psycho-endocriniennes de la ménopause.

2° *Formes névropathiques.* — La question des *obsessions* périodiques a fait l'objet de nombreux travaux (Raymond, Janet, Deny et René Charpentier (1), etc.), et tout récemment l'important travail de Vurpas et Corman (2). Nous en avons observé des exemples caractéristiques.

D'autres fois, l'accès périodique peut se traduire uniquement sous la forme d'une *aboulie complète* laissant le sujet lucide et conscient, et en général, ressentie d'une façon extrêmement pénible. Le sujet ressent surtout l'inhibition de sa volonté. C'est la forme subjective des troubles psycho-moteurs.

Les formes *cénesthopathiques* sont également bien connues. On en trouvera une observation très curieuse dans la thèse de l'un de nous.

Enfin, le problème des *rapports de certains accidents pithiatiques et de la cyclothymie* (3) est extrêmement intéressant. L'un de nous a souligné le fait dans son rapport au Congrès de Bruxelles. Nous avons consacré un travail récent à cette question dans la *Revue Médicale Française*.

3° *Les formes somatiques et neuro-végétatives.* — Ces manifestations sont particulièrement intéressantes. Elles peuvent porter sur le sommeil (Logre) (4) (insomnie périodique), sur la faim, la soif (dipsomanies périodiques), le rythme des urines (polyurie, oligurie), l'activité génitale et l'instinct sexuel (cet instinct peut être, périodiquement, complètement transformé, soit excité, soit aboli, soit perversi, et nous avons observé à maintes reprises

(1) G. DENY et René CHARPENTIER. — Obsessions et psychose maniaque-dépressive. *Encéphale*, déc. 1909, II, n° 12, p. 498.

René CHARPENTIER, in Discussion, Séance du 12 janv. 1933 de la Soc. Méd.-psych. — *Annales Médico-psychologiques*, janvier 1933, page 79.

(2) VURPAS et CORMAN. — Obsédés mélancoliques et obsédés constitutionnels. *Ann. Médico-psychol.*, avril 1933, p. 409.

(3) H. BARUK et Mlle GEVAUDAN. — Hystérie et psychose périodique. *Revue Médicale Française*, mars 1937, p. 199.

(4) LOGRE. — De quelques variétés en apparence neuro-symptomatique de psychose intermittente : l'insomnie et l'impuissance périodiques. *Pratique Méd. Française*, 1925, IV, p. 103.

l'apparition d'homosexualité périodique, etc... Petit (1) a remarquablement étudié toute cette question). On peut voir de même des transformations totales de l'état vasculaire (indice oscillométrique, coloration de la face, pouls, etc...), du métabolisme général (engraissement énorme, ou, au contraire, amaigrissement extrême), de l'état de la peau (à ce sujet, il existe des acnés périodiques énormes et souvent parallèles aux accès et disparaissant en même temps que ceux-ci avec une rapidité inouïe), des séborrhées périodiques, des modifications des phanères (cheveux, poils), de toutes les sécrétions (sialorrhée, sécrétion gastrique, etc...), de l'activité endocrinienne et thyroïdienne (éclat du regard, etc...), enfin de toutes les fonctions viscérales.

L'étude de cet immense chapitre demanderait, à elle seule, des travaux considérables et a trait à presque tous les chapitres de la pathologie. Parmi les troubles viscéraux, nous avons insisté sur certains *syndromes gastriques périodiques* (2). Nous avons soigné, par exemple, une jeune fille qui présentait une intolérance gastrique extrême et vomissait tous les jours une grande partie de ses repas. Les examens les plus minutieux faits par les gastro-entérologistes les plus compétents permettaient d'éliminer toute lésion organique de l'estomac, mais mettaient toutefois en évidence des phénomènes spasmodiques avec légère dilatation prépylorique. Tous les traitements restaient absolument inefficaces. A un moment donné, à la suite d'un changement de résidence, brusquement, tous les troubles disparurent totalement et la digestion redevint tout à fait normale. Notons que cette jeune fille était manifestement cyclothymique, et présentait aussi des migraines intenses survenant par périodes. Dans un autre cas, nous avons vu alterner des périodes de dyspepsie hyposthénique résistant à tout traitement avec des périodes de faim incoercible, avec digestion accélérée. Ces phases digestives étaient en étroit parallélisme avec les périodes dépressives et disparaissaient totalement et brusquement avec ces dernières.

Il en est de même de certaines *constipations périodiques* résistant à tout traitement, et cédant totalement lorsque la période est terminée. Nous avons également insisté sur les équivalents périodiques du rythme respiratoire, sur certaines

(1) G. PETIT. — Ambivalence et homosexualité dans la manie et l'excitation cyclothymique. Le virilisme maniaque. *Ann. Méd.-psych.*, 1933, T. II, p. 70 ; et Régression juvénile, inversion sexuelle par hyperendocrinie dans la manie et la cyclothymie. *Ann. Méd.-psychol.*, 1933, T. II, p. 289.

(2) Nous laissons de côté, bien entendu, les troubles gastriques symptomatiques ou prodromiques des accès mélancoliques pour n'envisager que les troubles gastriques périodiques en apparence essentiels.

arythmies périodiques, etc..., etc... On voit que les manifestations périodiques peuvent affecter l'organisme entier. Beaucoup de ces manifestations n'ont pas échappé aux anciens auteurs, mais restaient noyées autrefois dans le cadre de l'ancienne hystérie.

4° *Les formes à manifestations neurologiques périodiques.* — Les plus impressionnantes sont les *paralysies périodiques familiales* de Westphal. Ce syndrome si curieux s'accompagne de paralysies complètes avec abolition des réflexes, phénomènes transitoires, et disparaissant bientôt complètement. Il faut noter, malgré ce tableau d'apparence périphérique ou médullaire, l'association fréquente de la paralysie périodique et de syndromes neuro-végétatifs tels que l'épilepsie, la migraine, la maladie de Basedow. Janota et Weber ont décelé en pareil des anomalies électrocardiographiques, et du complexe ventriculaire. On trouvera, dans la thèse récente de Ribadeau-Dumas (1), une étude complète de cette question, et aussi des diverses perturbations circulatoires, digestives, endocriniennes, ainsi que des modifications des urines, de la toxicité du sang, etc., qui accompagnent les accès.

La paralysie périodique peut s'associer, non seulement à ces troubles végétatifs périodiques, mais aussi à la psychose périodique, comme l'un de nous en a rapporté un cas avec Poumeau-Delille (2). Dans ce cas, les manifestations périodiques paralytiques et psychiques étaient survenues à la suite d'un traumatisme vertébral (coup de pied de cheval). Les troubles psychiques dépressifs qui précédaient ou accompagnaient l'accès s'associaient aussi à des troubles sexuels (homosexualité). Toutefois, les réflexes n'étaient pas abolis, mais plutôt exaltés au cours de l'accès.

En dehors des paralysies périodiques, l'un de nous a observé deux cas d'*algies périodiques* extrêmement curieuses. Dans l'un, il s'agissait de névralgie faciale périodique, dans l'autre, chez un enfant de 10 ans, des crises douloureuses d'abord abdominales, puis thoraciques, accompagnées de contractions, de réactions, de défense, et de torsion du tronc, survenues après un coup de poing sur le ventre. Ces crises restent quotidiennes pendant plusieurs mois, puis disparaissent soudain spontanément et complètement pour reprendre à une période ultérieure.

(1) RIBADEAU-DUMAS. — La paralysie périodique familiale. Thèse Paris, 1934, Jouve, éditeur.

(2) H. BARUK et POUMEAU-DELILLE. — Paralysie et psychose périodiques. Soc. de Neurol., à par. mai 1937.

Au début, ces phénomènes douloureux ont donné le change et ont provoqué une laparatomie. Nous avons étudié ce malade avec le D^r Clovis Vincent. L'examen neurologique reste entièrement négatif, et dans l'état actuel de nos connaissances, un tel cas ne peut être classé dans aucun syndrome connu, en dehors des manifestations périodiques.

Rappelons enfin que l'un de nous a observé un cas de *psychose périodique à manifestations comateuses* ayant simulé une tumeur cérébrale. Nous avons retrouvé dans Falret une remarquable description de ces « accidents cérébraux congestifs » et apoplectiformes dans la folie circulaire. « N'est-il pas étonnant, écrit Falret, qu'une forme de maladie mentale, comme la folie circulaire qui, étudiée psychologiquement, semble consister presque exclusivement dans les lésions de l'ordre intellectuel et moral, et qui, observée dans ses degrés les plus modérés, se rapproche tellement de l'état normal qu'on la confond souvent avec de simples variations de l'humeur ou du caractère, ait néanmoins une attache cérébrale si profonde qu'elle s'accompagne plus souvent d'accidents cérébraux que la plupart des autres formes de la folie vésanique ou essentielle. »

Nous avons enfin observé des cas de psychose périodique se traduisant surtout par des *troubles sensitifs subjectifs à distribution hémiplegique* : fourmillements, sensation de tension, de battements à toute une moitié du corps. Nous considérons ces phénomènes comme liés probablement à des perturbations fonctionnelles sympathiques centrales qui disparaissent avec l'accès. Ces sensations réelles peuvent devenir le point de départ d'*hémianesthésie pithiatique* si à cette sensation réelle et physiologique s'ajoute une recherche maladroite de la sensibilité objective. En pareil cas, la suggestion agit d'autant plus qu'elle se fixe sur des troubles subjectifs réels. Ces faits nous paraissent mériter tout spécialement d'être soulignés.

5° *Périodicité dans les atteintes organiques du système nerveux.* — Le rôle étiologique de diverses causes organiques dans la genèse de la psychose périodique a été souligné par de nombreux auteurs. On a insisté notamment sur les causes infectieuses : encéphalites diverses, encéphalite léthargique (G. Petit), psycho-encéphalites (Marchand), spirochétose ictérique (Baruk, Meignant et Mlle Blanchy), syphilis (Targowla, etc...), de la sclérose en plaques, etc., etc. G. Petit (1) a tout spécialement

(1) G. PETIT. — Sur la fréquence des symptômes infundibulo-tubériens associés souvent aux syndromes anxieux en psychiatrie. *Congrès des Alién. et Neurol.*, Lyon, 1934, p. 317 ; et *Discussion du rapport de Meignant*, p. 183.

étudié ces formes de psychose périodique au cours des névrites infectieuses, et plus spécialement de l'encéphalite épidémique et, en outre, au cours des atteintes des noyaux de la base et du 3^e ventricule. Il a relevé un certain nombre de fois des séquelles parkinsoniennes chez des maniaques dépressifs (1). En dehors des infections, on a rapporté des cas de psychose maniaque dépressive au cours des tumeurs cérébrales, des traumatismes crâniens, etc... De même, les rapports de l'épilepsie et de la psychose périodique ont donné lieu à des publications extrêmement importantes (Nous renvoyons à ce sujet aux travaux de Picard (2) qui donnent une étude approfondie de la question). Il en est de même des relations de l'asthme, de la migraine, des maladies à choc avec les états circulaires (Tinell, Lamache, etc...).

Notre but dans ce travail n'est pas de reprendre l'étude de l'étiologie de la psychose maniaque dépressive, mais précisément de signaler les *autres manifestations périodiques nerveuses ou mentales que l'on peut observer en dehors des états maniaques dépressifs*.

Or, la périodicité peut se manifester dans l'évolution des symptômes organiques les plus avérés : par exemple, nous avons vu, chez certains parkinsoniens, une évolution très nettement périodique et parallèle de la rigidité, des sueurs, des troubles vasomoteurs, de la salivation. Ceux-ci étaient très intenses pendant des périodes de plusieurs mois, puis s'atténuaient notablement durant des rémissions.

Il en est de même de certaines épilepsies qui donnent lieu à des périodes de crises subintrantes alternant avec des rémissions totales en dehors de tout traitement. Nous avons observé ainsi des cas d'épilepsies périodiques dans lesquels les périodes de crises étaient séparées par des intervalles de 10 et 15 ans. Parfois, les périodes prennent un rythme saisonnier.

On trouvera, dans la thèse de l'un de nous, le cas d'un enfant opéré par le Dr Cl. Vincent, à la suite d'un syndrome d'hypertension intra-crânienne lié à une encéphalite « à gros cerveau ». L'enfant qui, avant l'opération, se présentait comme un dément précoce, manifeste maintenant des alternatives de périodes de cachexie, avec obnubilation, crises, frayeurs, aspect dementiel, constipation absolue, et de périodes de reprises d'activité partielle avec réapparition de l'embonpoint, et régulation normale des fonctions intestinales.

(1) G. PETIT et BAUDART. — *Congrès de Lyon, 1934*, p. 299.

(2) PICARD. — Les parentés psychologiques et cliniques de l'épilepsie et de la psychose maniaque-dépressive. *Evolution Psychiatrique*, 1934, fascicule 4.

Ajoutons enfin que la périodicité peut s'observer également dans certaines *affections organiques viscérales*. L'exemple le plus net est celui de l'ulcère de l'estomac. On sait qu'un des caractères les plus importants de cette maladie réside dans la survenue quotidienne de douleurs à horaire fixe, se répétant tous les jours pendant une période plus ou moins longue, puis disparaissant totalement, le malade paraissant complètement guéri, jusqu'à la période suivante. On sait d'ailleurs que cet exemple n'est pas aussi éloigné qu'on pourrait le croire de la pathologie du système nerveux : certains auteurs incriminent justement le rôle de causes nerveuses soit périphériques, soit même centrales dans la pathogénie de la maladie de Cruveilhier. Les fatigues, les émotions aggravent d'ailleurs considérablement la maladie, et l'action du repos physique et moral est parfois des plus remarquable au point de vue thérapeutique.

Conclusions. — On voit donc qu'il paraît difficile de limiter la périodicité à la psychose maniaque dépressive, et à une perturbation isolée de l'affectivité et de l'émotivité.

Non seulement on peut observer, sous la forme périodique, des tableaux les plus variés, des syndromes psychopathiques ou névropathiques, mais encore il existe, associés ou non à ces syndromes, des manifestations périodiques somatiques neuro-végétatives, ou même cérébro-spinales. Ces syndromes périodiques débordent donc, non seulement le cadre de la psychose maniaque dépressive, mais encore celui de la forme circulaire des maladies mentales. Ils affectent la pathologie du système nerveux tout entier. C'est pourquoi on pourrait parler, non plus seulement de psychose périodique, mais de « névraxose périodique » (1).

Le problème de la périodicité se déplace ainsi. Il n'est plus limité à un problème exclusivement psychologique ou psychiatrique, mais il constitue un problème de physiologie générale du système nerveux.

M. G. PETIT. — J'ai entendu, avec le plus grand intérêt, la communication de M. Baruk et Mlle Gevaudan. Bien que les auteurs se défendent d'envisager, pour leurs syndromes périodiques, une étiologie toxique ou infectieuse, — mais nous leur

(1) Le terme de névraxose ne préjuge pas de l'étiologie. Il indique simplement une perturbation fonctionnelle du névraxe. Le terme de névraxite suppose par contre une étiologie infectieuse. Or, sans mettre en doute l'existence de psychoses périodiques au cours de névraxites (G. Petit), on ne peut cependant considérer cette cause infectieuse comme constante. C'est pourquoi il semble préférable d'adopter un terme plus général.

serions reconnaissants, dans ce cas, de nous éclairer sur les causes déterminantes de ces accès, — il m'est difficile de ne point rapprocher leurs observations présentes de celles de ces névraxites à troubles psycho-organiques périodiques ou intermittents, de ces névraxites périodiques, si l'on veut, que je signalais, en 1921, devant la Société médicale des Hôpitaux et devant nos Sociétés psychiatriques, en particulier devant la Société Médico-Psychologique. Chez mes malades, comme dans les cas envisagés par M. Baruk et Mlle Gevaudan, j'observais, en effet, la même variété de syndromes psychopathiques, associés à des symptômes ou syndromes organiques tout à fait analogues ou, au contraire, alternant séparément avec ces derniers.

Je suis donc tout à fait d'accord avec les auteurs pour estimer que le concept de la psychose maniaque-dépressive, — tel, du moins, qu'il est généralement formulé ou conçu actuellement, — ne saurait rendre compte de tous les syndromes périodiques observés en pathologie mentale. Et, comme je l'ai indiqué au Congrès de Limoges, je pense que, pour un assez grand nombre de ces syndromes périodiques, — dont le polymorphisme peut affecter n'importe quelle forme de la nosologie psychiatrique, — la périodicité n'est seulement que réactivation d'infections neurotropes latentes, dont témoignent, précisément, les troubles organiques que l'on peut relever, non seulement au cours des paroxysmes psychiques, ou plutôt psycho-organiques, mais très fréquemment, aussi, durant ces longues périodes de troubles hypocondriaques, qui constituent, en réalité, des « hypocondries légitimes », témoignant de l'imprégnation de l'organisme tout entier par le processus pathologique.

M. DUBLINEAU. — Chez l'enfant, les troubles du caractère se présentent souvent sous forme périodique. Et la phase de turbulence, même lorsqu'il s'agit d'épilepsie, coïncide avec une hyper-réflexivité conditionnelle.

M. GUIRAUD. — Il ne faut pas confondre périodique et récidivant. Rares sont les psychoses vraiment périodiques, c'est-à-dire survenant sans cause connue, à intervalles toujours les mêmes et ayant la même durée.

M. PICARD. — M. Baruk a tenu à se placer à un point de vue très général qui répond à un besoin naturel de regroupement après tout le travail fructueux de discriminations nosologiques, parfois excessives toutefois, de la fin du siècle dernier et du début de celui-ci. C'est pourquoi, à mon sens, il a eu raison de ne pas oublier la clairvoyance clinique des anciens auteurs

avant que ne fussent introduites les notions schématiques, aussi utiles que souvent arbitraires, de maladies mentales autonomes, que l'on voudrait autant déterminées dans leurs causes que dans les phases de leur évolution. S'il existe nombre de cas purs, au moins en apparence, la majorité de nos malades ne peut se réduire aux descriptions classiques que par l'abstraction systématique de toutes les manifestations marginales qui démontrent les parentés profondes de certains syndromes. Les psychoses périodiques offrent, à cet égard, un champ d'études privilégié par la richesse de leur diversité étiologique, comme le montrent les observations rapportées à cette séance et par l'inconstance de leur présentation. Dans la réalité, si l'on se refuse à admettre cette sorte de décomposition spectrale, qui ne permet plus d'opérer la synthèse diagnostique que par ce subterfuge si courant d'espèces morbides différentes juxtaposées chez un même sujet sous le nom de psychoses associées, il faut avouer que s'observe le plus souvent toute une gamme d'états variables chez le même individu, de type par exemple confuso-maniaque, mélancolico-maniaque, onirique, anxieux, crépusculaire, qui traduisent moins des maladies différentes que des degrés de profondeur dans l'altération psycho-pathologique. Cette attitude nous paraît plus féconde dans la mesure même où elle se refuse à admettre l'achèvement d'une connaissance. C'est dans cet esprit que j'avais été amené à envisager les parentés de l'épilepsie et de la psychose maniaque dépressive. La communication de M. Baruk, en éclairant les corollaires organiques de tels états, leur refuse une excessive limitation nosologique. MM. Tinel et Lamache avaient ainsi mis l'accent sur les alternances possibles de l'asthme, de la migraine, de l'urticaire, de l'épilepsie et de troubles maniaco-dépressifs.

Le caractère capital de toutes ces manifestations cycliques est bien de disparaître sans laisser trop de traces. Cette faculté de restitution complète les oppose précisément dans la clinique aux états de dégradation plus durables et plus extensifs de la personnalité. En psychopathologie, la perspective syndromique, conjointement à l'étude des mécanismes évolutifs, ouvre plus d'aperçus que le collectionnisme des entités. Une distinction foncièrement structurale me paraît s'imposer entre ces psychoses que j'appellerais plus volontiers paroxystiques et les états proprement extensifs.

M. René CHARPENTIER. — Ainsi que l'a fait remarquer M. Henri Baruk, bien avant la vaste synthèse kræpelinienne, l'Ecole française, plus analytique et plus critique, tout en leur conservant

leur individualité et leurs caractères propres, avait cependant bien mis en lumière tout ce qui rapprochait ces états réunis ensuite sous le vocable mal formé de psychose maniaque-dépressive. Mais lorsque Gilbert Ballet proposa de remplacer ce terme hybride, à cheval sur une origine grecque et sur une origine latine, par le terme de psychose périodique, il n'y attachait pas un sens plus général, comme a cru le voir M. H. Baruk. Il ne s'agissait là que d'une question de terminologie.

Au cours de son intéressant exposé, M. H. Baruk a éliminé des états qu'il envisage, les états périodiques très courts, durant par exemple une journée. Il est pourtant de ces états qui sont de véritables états périodiques, présentant les caractères que rappelait M. Guiraud d'apparaître sans cause apparente, à intervalles réguliers, et d'avoir toujours la même durée. J'ai eu l'occasion, il y a une quinzaine d'années, de suivre une malade qui, depuis cinq ans, présentait un jour sur deux, régulièrement, un état mélancolique franc avec idées de suicide. Elle portait la cicatrice d'une blessure par balle dans la région précordiale, tentative de suicide manquée miraculeusement. Le diagnostic de mélancolie intermittente est évident et n'aurait été mis en doute par personne. Et ce cas si typique est loin d'être isolé.

Cette malade présente d'ailleurs un autre intérêt que je crois également devoir rappeler. C'est ce que cet état, mélancolique intermitent, régulier depuis plusieurs années chez une jeune femme, disparut au bout de quelques mois de séjour dans une Maison de Santé après un traitement par injections d'extrait hypophysaire et ne reparut plus. J'ai bien souvent, depuis, essayé ce même traitement dans des cas analogues sans obtenir, hélas, un résultat aussi remarquable.

Contracture en flexion des mains dans les lésions préfrontales et réflexe de préhension forcée, par MM. Maurice DIDE (de Toulouse) et PETIT (de Plouguevel).

Le réflexe de préhension forcée (grasping reflex forced grasping) a été décrit par Preyer, 1909, chez un jeune enfant, puis comme phénomène croisé dans une tumeur du lobe frontal.

Janischewski, Bechterew, Schuster (1923) l'isolent de la persévération tonique et de l'apraxie.

Ce phénomène est normal dans les premiers mois de la vie.

Il est rattaché chez l'adulte aux lésions frontales par K. Wilson et Welshe, Schuster, Adie et Mac Donald, Critchley, Kurt Goitchle, Kinner Wilson et Walsche, Schuster.

Adie et Crichley, Schuster, estiment que le réflexe de préhension serait lié à des lésions frontales superficielles du champ 6 de Broadman au lieu que les lésions profondes intéressant le faisceau fronto-ponto-spinal libéreraient les persévérations toniques.

J.-F. Fulton et C.-F. Jacobsen, pratiquant chez le singe l'ablation de l'aire 6 A, déterminent une paralysie spastique avec troubles vaso-moteurs, préhension forcée, exagération des réflexes profonds, signe de Mendel-Bechterew, d'Hoffmann, de Rossolino, disparition du réflexe de Babinski.

Les deux observations suivantes, appartenant à des catégories pathologiques très différentes, apportent à ce problème des documents positifs, propres sans doute à réduire les réserves formulées par Muskens (d'Amsterdam) sur l'origine corticale du phénomène. Elles établissent la transformation de phénomènes initialement intermittents en contractures irréductibles.

OBSERVATION I. — Le nommé B. Firmin, né à Seysses le 15 mars 1881, a joui d'une parfaite santé jusqu'à l'époque de la guerre. Incorporé dans l'infanterie le 1^{er} août 1914, il prend part aux opérations du début de la campagne. Il est blessé au moment de la retraite de Belgique (1914), par balle au front. Evacué, il subit une trépanation frontale droite. On constate une cicatrice profonde sans battements transmis, à 5 cm. de la ligne médiane et à 6 cm. environ de la suture fronto-pariétale. Guéri de sa blessure, il est interné à l'asile d'Auxerre en 1916 pour troubles mentaux, caractérisés par une diminution de l'attention, des idées délirantes de culpabilité et de persécution, des hallucinations auditives, des tendances à la violence.

Il est transféré à Toulouse le 2 octobre 1916 avec le diagnostic : « Manie rémittente avec excitation violente alternant avec des crises de dépression. Crises épileptiformes espacées. »

Arrivé à Braqueville, on note chez lui un état dépressif caractérisé par le manque d'initiative et le mutisme volontaire entrecoupé de périodes d'excitation bruyante.

Il sort, réclamé par sa famille et considéré comme inoffensif.

Réinterné le 13 avril 1919, on constate un état d'inertie, d'apathie, d'indifférence au monde extérieur, de ralentissement des processus psychiques, entrecoupé d'accès de confusion hallucinatoire, auditive et visuelle, désordonnée, sans systématisation délirante.

Le blessé est mal orienté dans le temps par désintérêt. Il se croit en juillet 1920, alors qu'on est en août 1919. Ses voix le traitent de « voleur, déserteur ! », ou lui commandent de travailler. Parfois, il entend des choses agréables qui le font sourire.

Son vocabulaire est normal comme son articulation, mais le timbre et la modulation sont monotones.

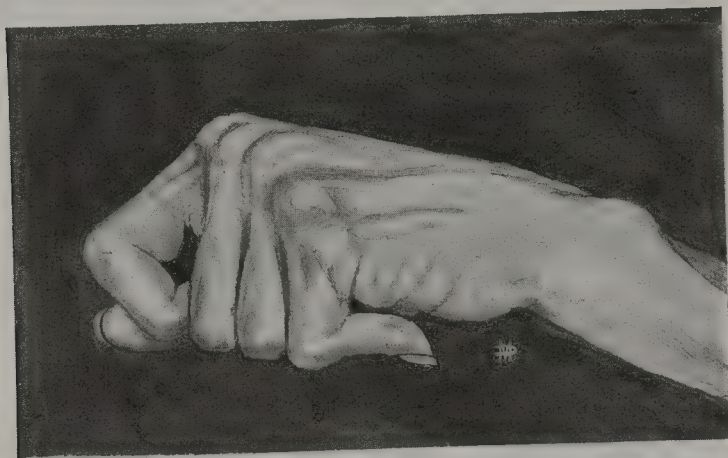
Céphalée frontale droite violente.

L'examen neurologique ne montre aucun déficit apparent de la motilité ni de la statique, sauf dans la main gauche où l'on note une attitude irréductible et permanente, subsistant pendant le sommeil : flexion forcée du carpe sur l'avant-bras, adduction moyenne du pouce. Les autres doigts présentent une extension de la première phalange sur le carpe, une flexion forte de la phalangine sur la phalange et une flexion modérée de la phalangette sur la phalangine. Cette attitude vicieuse s'est accentuée jusqu'à la mort ; elle a été précédée, sans parésie ni apraxie, du réflexe de préhension forcée, contre lequel le malade a lutté vainement et a fini par réaliser cet équinisme manuel particulier.

On ne constate aucun signe des séries pyramidale et cérébelleuse.

Le déficit de l'activité et de l'affectivité deviennent profonds et le malade devient inerte présentant le syndrome d'une démence traumatique.

A l'autopsie on découvre, enclavée dans la deuxième circonvolution frontale droite, une esquille osseuse en forme de tête de serpent atteignant au crâne et qui a provoqué une encéphalite progressive localisée, histologiquement caractérisée par une prolifération astrocytaire de la substance blanche.

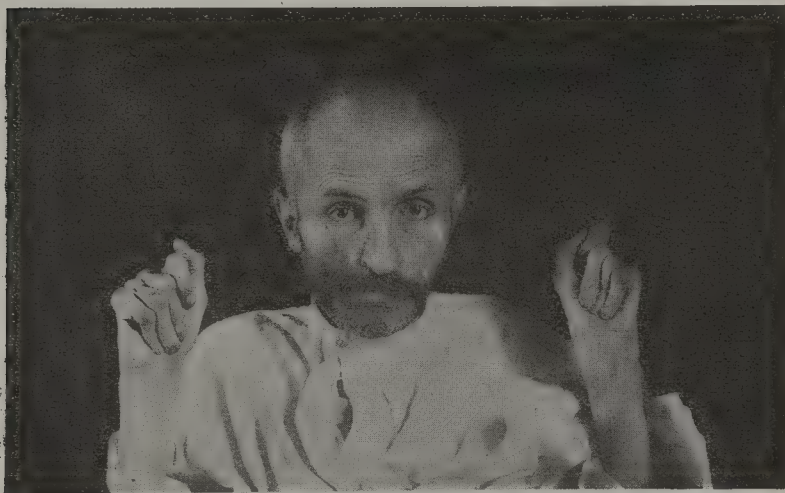


OBS. II. — L. Paul-François. Né le 28 septembre 1873, entre à l'asile avec le diagnostic de démence organique avec idées absurdes de grandeur et de richesse ; excitation intermittente avec impulsions à briser des objets.

Cet aliéné présente un cyclisme psychopathique très net. Durant des périodes de 6 mois à 2 ans, il reste dans un mutisme complet, absolument inerte et indifférent. Il ne semble pourtant pas désorienté dans l'espace et reconnaît sa place à table et son lit... Bien qu'inerte

et n'exprimant aucun sentiment affectif, L. suit du regard les faits et gestes du personnel, il semble reconnaître ses gardiens et ses camarades.

Il est vorace, on note un gâtisme intermittent et curieux. Il se



soulage au moment où le désir le prend et là où il se trouve, mais ne souille que rarement ses vêtements.

Durant ses périodes d'excitation, il prononce des litanies inter-



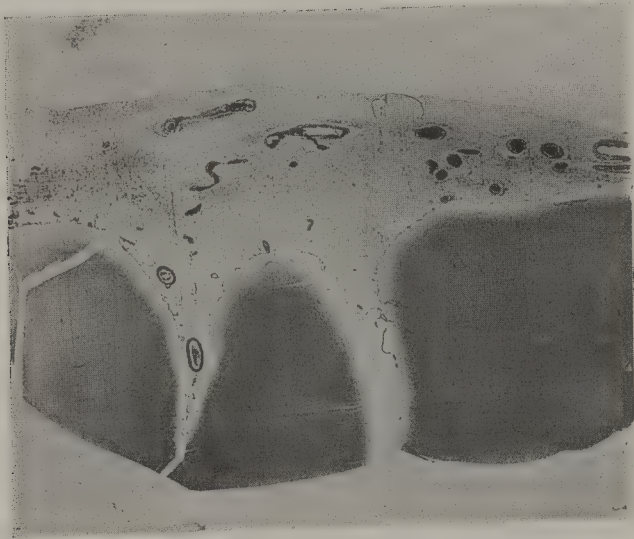
minables, constituées par des salades syllabiques assemblées comme au hasard, des séries palilaliques se mêlent à cette stéréotypie. Le débit est monotone, rapide, quelques variations de timbre se produisent à intervalles équivalents et expriment, non une intention ou une émotion, mais un rythme pathologique.

Cependant, le malade, bien que ne présentant aucun signe des séries pyramidale ou cérébelleuse, et exempt de toute lésion nerveuse

périphérique, éprouve une grande difficulté à marcher ; ses deux pieds sont pris d'un équinisme progressif et irréductible avec *hyperflexion* des gros orteils, avec extension permanente des autres doigts.

Aux mains, après une phase où l'on a noté le réflexe de préhension forcée, on constate une contracture invincible des deux mains (voir les figures annexées) ; les muscles extenseurs des doigts s'atrophient progressivement, mais ce phénomène est secondaire à l'attitude vicieuse.

Le décès se produit, en 1930, par syncope cardiaque.



L'autopsie, pratiquée dans les meilleures conditions, permet de découvrir une méningite chronique limitée à toute la région préfrontale.

Les circonvolutions sous-jacentes, loin de présenter une atrophie, semblent au contraire augmentées de volume.

L'étude histologique, pratiquée sur une douzaine de fragments, prélevés dans les diverses régions de l'encéphale, confirme les résultats de l'examen macroscopique.

L'exsudat péri-méningé ne contient aucune réaction inflammatoire.

Les régions rétro-rolandiques ne révèlent aucun phénomène pathologique.

La séance est levée à 18 h. 45.

Le Secrétaire des séances,

Paul CARRETTE.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du 8 Avril 1937

Présidence : M. BARRE, président

Hémiplégie et gangrène des extrémités paralysées, par MM. Maurice VILLARET, J. HAGUENAU et P. BARDIN.

Les auteurs rapportent un fait clinique, intéressant par sa rareté : la gangrène des membres paralysés au cours d'une hémiplégie banale en apparence. Aucune lésion artérielle périphérique n'a pu être mise en évidence chez le malade qui ne présentait non plus aucun signe de diabète. Aucune infection anaérobie ne semble en cause. Les auteurs après avoir passé en revue les diverses pathogénies possibles soulèvent l'hypothèse d'une atteinte particulière des cellules sympathiques des cornes latérales.

Discussion. — M. LHERMITTE considère que les cas de ce genre, extrêmement rares sont très intéressants parce qu'ils posent la question des rapports des troubles trophiques et des troubles nerveux.

M. A. THOMAS rappelle que les troubles trophiques sont variables selon les individus et qu'on peut se demander s'il n'y a pas autre chose que des troubles nerveux.

M. BARRE rapporte des observations de guerre et discute le rôle d'un facteur vasculaire.

M. TOURNAY pense qu'il faut faire intervenir, pour un certain nombre de cas, le rôle de l'œdème dans le mécanisme.

M. CRUZON rappelle qu'avec M. Loeper, il y a une trentaine d'années, il a déjà insisté sur le rôle incontestable du facteur nerveux, rôle important qu'on peut juger après avoir éliminé le rôle possible d'un élément rénal ou cardiaque.

Nystagmus clonique provoqué dans un nouveau cas de tumeur pariétale,
par MM. J.-A. BARRÉ et Corino D'ANDRADE (de Strasbourg).

Chez un sujet atteint de tumeur pariétale, sans doute volumineuse (avec cécité), l'examen vestibulaire clinique ne montre aucun nystagmus, ni spontané, ni révéilé, et la motilité oculaire demeure normale. Quelques centimètres cubes d'eau suffisent alors à déclencher un nystagmus qui dure plus de 4 minutes d'un côté, plus de 5 de l'autre.

Les auteurs discutent l'interprétation de ce curieux clonus nystagmique et se demandent s'il doit être rapporté au lobe pariétal lui-même, à la compression exercée par la tumeur sur les pédoncules, ou à l'association de ces deux facteurs ; peut-être le clonus nystagmique est-il en rapport avec le cône de compression pédonculaire des tumeurs pariétales dont a parlé Clovis Vincent.

Syndrome de Brown-Séquard, ancien de 27 ans, réactivé
à l'occasion d'un zona, par M. BEAU.

Présentation d'un cas se rapprochant de celui de MM. Lhermitte et Ajuria-guerra. Le zona intéressait C⁵, C⁶ et C⁷ à gauche. A la Salpêtrière le malade, traité pour des douleurs post-zostériennes présente des troubles de la marche qui ont fait mettre en évidence le syndrome de Brown-Séquard. L'interrogatoire apprend qu'à la suite d'un traumatisme datant de plusieurs années le malade avait présenté des troubles du même ordre.

Discussion. — M. MOLLARET souligne l'intérêt de ce cas qui pose l'alternative de savoir si la lésion zonateuse est venue troubler un équilibre nerveux précaire ou si la lésion touchée a été le point d'appel du zona.

M. BARRÉ fait remarquer que l'existence d'intervalles de temps dans la répétition de ces phénomènes nerveux, qu'ils soient provoqués par un zona ou un traumatisme, pose des problèmes médico-légaux importants.

Un cas de maladie de Van den Hoeve, par M. LHERMITTE.

Réalité physiologique de certaines anesthésies hystériques,
par M. J. TINEL.

M. TINEL présente une série d'enregistrements graphiques plaidant en faveur de la réalité de certaines anesthésies hystériques.

Lorsque l'on porte en effet sur les régions anesthésiques une excitation très douloureuse, réalisée par exemple par une forte incitation faradique, on est souvent surpris de ne constater aucune des réactions physiologiques habituelles à la douleur.

Mais vient-on à porter cette même excitation sur une région saine ou simplement à dépasser d'un ou deux centimètres les limites de l'anesthésie, que l'on voit immédiatement apparaître toutes ces réactions et vice-versa.

Cette indolence n'est d'ailleurs pas indéfiniment durable.

Il est vraiment difficile de ne pas croire dans ces conditions à la réalité, — non pas organique, mais tout au moins physiologique, — de l'anesthésie. Il paraît peu vraisemblable que le sujet soumis à cette excitation douloureuse ait pu volontairement supprimer non seulement les manifestations extérieures de la douleur, mais encore les réflexes physiologiques et en particulier l'accélération du pouls qui l'accompagnent normalement.

Un cas de guérison par laminectomie d'un syndrome de compression médullaire par épendymite chronique, par MM. CHAVANY et DAVID.

Hallucinose chez un acromégale syphilitique,
par MM. Maurice VILLARET, J. HAGUENAU et P. BARDIN.

Les auteurs rapportent un cas d'hallucinose survenue chez un sujet de 47 ans, atteint d'acromégalie ; mais, au cours de cette maladie, l'hallucinose est tellement exceptionnelle, si elle existe, que les auteurs soulèvent d'autres hypothèses pathogéniques. L'existence, chez leur malade, d'un syndrome infundibulo-tubérien associé à l'acromégalie, la notion d'une syphilis acquise sont des facteurs qui peuvent eux aussi intervenir dans la production de l'hallucinose. Du moins étant donné ses caractères particuliers, les auteurs éliminent dans ce cas le rôle de l'éthylisme et celui des lésions des voies optiques.

M. LECONTE.

Société de Médecine légale de France

Séance du Jeudi 8 Avril 1937

Présidence : M. LECLERCQ, président

Transfixion frontale par tentative de suicide.
Fabulation compensatrice de l'amnésie traumatique, par M. P. BEAUSSART.

M. P. Beaussart relate le cas d'un malade qui, un soir, de retour d'un voyage à Paris, fit une tentative de suicide, à Orléans, par coup de revolver, avec transfixion frontale et section du nerf optique. Le lendemain, ablation du projectile. Négation du suicide par amnésie traumatique vraisemblable. Fabulation de compensation dans laquelle il est impossible de faire la discrimination entre les éléments possibles d'insincérité dissimulante et les éléments mythiques morbides, liés à un processus onirique post-traumatique. Le malade narre qu'il a reçu à Paris un coup de portière de taxi sur le côté de la tête, qu'on l'a hospitalisé, qu'il est revenu à Orléans et qu'aussitôt on l'a hospitalisé de nouveau. Le projectile qu'on lui a extrait est, dit-il, une balle reçue pendant la guerre. Mensonges flagrants par ailleurs.

FRIBOURG-BLANC.

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 20 Mars 1937

Présidence : M. Fr. NYSSSEN, président

Des troubles de la sensibilité à la douleur dans la paralysie générale, par MM. R. NYSSSEN et BUSSCHAERT.

L'hyposensibilité à la douleur est un phénomène bien connu dans la paralysie générale ; mais son étude méthodique n'a guère été entreprise jusqu'à présent. Les auteurs ont examiné 103 paralysies générales dont 85 malarisés mais non améliorés (malades d'asiles) et 17 non malarisés, au point de vue des diverses sensibilités. Une hyposensibilité à la douleur a été constatée dans 70 0/0 des cas environ. Tous les malades dont l'état mental permettait un examen correct des sensibilités ont accusé une sensibilité cutanée normale, et 69 0/0 d'entre eux présentaient des troubles de la sensibilité à la douleur. La proportion est donc la même que dans l'ensemble des cas.

Il n'y a pas de rapport absolu entre cette hypoalgésie et l'intensité des troubles neurologiques que présentent certains de ces malades. D'autre part les sujets ne sont pas également insensibles aux différents modes d'excitation douloureuse, et il y a souvent amélioration au cours des examens successifs.

Les auteurs pensent que ces troubles de la sensibilité algique dépendent, pour la plus grande part, de facteurs affectifs plutôt que de facteurs sensoriels.

L'intelligence chez les malades mentaux, par M. DELLAERT.

L'auteur estime que, pour émettre un avis sur l'emploi des tests mentaux, il faut avant tout distinguer le but que l'expérimentateur s'assigne : but clinique, pour établir un diagnostic, ou but de recherche scientifique.

L'évaluation du degré de l'intelligence n'est pas encore possible, elle est toujours subjective, mais les résultats peuvent être très utiles en clinique, malgré leur caractère approximatif.

L'auteur préconise les méthodes plus systématiques et plus standardisées employées aux Etats-Unis, et il en donne de nombreux exemples, en insis-

tant sur les questions dites de raisonnement. Il faut interpréter les résultats sans vouloir déterminer un « degré » d'intelligence qui ne signifie rien, et qui ne peut être comparé aux étapes du développement de l'enfant. Il n'est pas logique d'employer chez l'adulte les mêmes tests que chez les enfants.

La méthode des tests est très utile en clinique pour établir le diagnostic, mais elle est insuffisante au point de vue scientifique.

M. ALEXANDER. — Nous manquons de données sur la moyenne d'intelligence de certains milieux. Il serait possible, en systématisant les examens d'entrée dans les administrations, d'établir une échelle qui pourrait servir à comparer les résultats obtenus en clinique.

M. HOVEN. — Le test est un excellent moyen d'examen des aliénés, mais il ne faut pas se dissimuler qu'il est impossible de mesurer le déficit mental d'un malade : ce déficit est variable, même lorsqu'il n'y a aucun élément confusionnel, et, d'autre part, nos diagnostics manquent de précision, ce qui rend souvent toute comparaison illusoire.

M. R. NYSSSEN remarque que, dans l'application des tests pour enfants à des enfants anormaux plus âgés, il y a le même décalage que dans l'application de ces tests à des adultes. Cette question de l'application des tests pour enfants aux malades mentaux n'a pas l'importance que la discussion semble lui donner : ce n'est qu'un moyen d'approche psychiatrique, dont on connaît la valeur et dont il suffit d'interpréter les résultats à bon escient. Mais il ne faut pas oublier que l'intelligence comporte des éléments trop nombreux pour pouvoir être étudiée complètement par des tests, et ne pas accorder à ceux-ci une importance trop grande. La déficience aux tests est souvent beaucoup plus importante que dans le domaine professionnel par exemple.

J. LEY.

Groupement Belge d'Etudes Oto-Neuro-Ophthalmologiques et Neuro-Chirurgicales

Séance du 20 Mars 1937

Présidence : M. CHEVAL

Présentation de malades, par M. P. MARTIN.

1. Une femme de 40 ans se plaint de céphalées et de baisse de la vision. A l'examen ophthalmologique on constate une altération des champs visuels qui progresse puis s'améliore. Tout le reste de l'examen fournit des résultats normaux, y compris l'encéphalographie. Un transit lipiodolé, dans les ventricules cérébraux, a permis d'obtenir des clichés remarquables, montrant tout le développement des cavités intracérébrales. Il s'est agi probablement, chez cette malade, d'une arachnoïdite opto-chiasmatique.

2. Une femme de 30 ans se plaint, depuis 3 ans environ, de céphalées au moment des règles. A la suite d'un accouchement, les douleurs augmentent et prennent la forme de l'hémicranie droite avec parésie faciale de type périphérique du même côté. Tout le reste de l'examen fournit des résultats normaux, à part une très légère hypoacousie. Ensuite apparaît une légère stase papillaire. L'auteur présente des clichés radiographiques obtenus par injection de lipiodol par la voie lombaire : en mettant la tête en position déclive, le lipiodol s'accumule dans la région chiasmatique et permet le diagnostic des lésions de cette région. Il estime qu'on peut obtenir aussi des images utiles pour le diagnostic des tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux.

Exophtalmie unilatérale consécutive au déplacement de l'orbite par un volumineux ostéome frontal chez une fillette de 15 ans, par MM. J. DE BUSSCHER, L. Van BOGAERT et THIENPONT.

Depuis l'âge de 6 ans, l'enfant présente, dans la région frontale droite, une nodosité de la dimension d'une pièce de un franc, qui grandit lentement pour atteindre actuellement le volume d'une petite orange. La tumeur est située dans les régions frontale, sus-orbitaire, temporale supérieure et s'étend en arrière jusqu'à la suture pariétale. L'examen neurologique fournit des résultats normaux, à part une légère exagération de certains réflexes du côté gauche. Une biopsie n'a donné aucun renseignement précis. Les auteurs présentent les radiographies et discutent le diagnostic ; ils

éliminent successivement une tumeur des sinus, de l'antre, une ostéite fibro-kystique, une maladie de Paget atypique, un méningiome. Il s'agirait d'une hyperostose diffuse, à type spongieux, pseudo-tumorale et dont l'étiologie est obscure. La question du traitement pose un problème délicat, la lésion étant supportée sans aucun trouble.

Myoclonies velo-palato-laryngées au cours d'un neurinome latéro-bulbaire, par MM. E. DE SAVITSCH et R.-A. LEY.

Ce symptôme a été décrit au cours des lésions d'origine vasculaire ; il est beaucoup plus rare dans les néoplasmes. Le malade présentait un syndrome de l'angle ponto-cérébelleux droit ; son état s'améliora à la suite d'une première intervention, mais passagèrement ; il fut réopéré sans succès. Les myoclonies du voile apparues au cours de l'évolution étaient très nettes. Il s'agissait d'un neurinome situé dans l'angle ponto-cérébelleux. Les auteurs ont fait une étude histopathologique très détaillée du cas. Il n'existait pas d'altération grave du faisceau central de la calotte, mais des lésions dentelées importantes, ayant entraîné des lésions olivaires.

Neurinome de l'acoustique et arachnoïdite opto-chiasmatique, par MM. L. Van BOGAERT, P. MARTIN et J. HELSMOORTEL.

Un homme de 49 ans s'était plaint, il a 7 ans, de céphalées avec quelques vomissements. Revu 7 ans après, il se plaint de névralgies dentaires droites avec gonflement de la joue, diminution rapide de la vision. En quelques jours s'installe une hémiparésie droite avec spasticité, légers troubles de la parole, ataxie, parésie faciale droite, atrophie optique post-névritique. L'ophtalmologiste exclut une compression. Il existe une diminution de l'audition, une hypoexcitabilité galvanique bilatérale, pas de nystagmus vertical, anosmie totale, hémiaïgueusie droite. La radiographie montra une usure de la petite aile du sphénoïde et des bords de la fente sphénoïdale à droite, s'étendant à la selle turcique. Dans le liquide céphalo-rachidien il y a 14 grammes d'albumine pour 1,7 éléments.

On pense à une arachnoïdite opto-chiasmatique et l'intervention montre des adhérences et un liquide abondant. L'examen nécropsique révéla un neurinome de l'acoustique. L'hémiaïgueusie reste difficile à expliquer et il y a lieu de remarquer le chiffre formidable de l'albuminorachie, contrôlé par plusieurs examens.

J. LEY.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

L'arriération intellectuelle, son diagnostic, son traitement et sa prophylaxie (Der jugendliche Schwachsinn, seine Erkennung, Behandlung und Ausmerzung), par le prof. W. WEYGANDT (de Hambourg), 426 pages, F. Enke édit., Hambourg 1936.

L'éminent psychiatre de la Faculté hanséatique a écrit un traité de l'arriération intellectuelle, qui mérite une bonne place dans toutes les bibliothèques de psychiatrie infantile. Ecrit dans un style clair et concis, il est destiné non seulement aux médecins, mais à tous ceux qui s'occupent de l'enfance arriérée : pédagogues, sociologues, juristes, etc. La concision du texte n'empêche pas une documentation clinique, hérédobiologique, psychopathologique, etc. très complète. Les références bibliographiques sont nombreuses et complétées par une liste alphabétique des noms d'auteurs avec indication des pages où ils ont été cités. L'ouvrage contient enfin 159 illustrations, en grande majorité très bonnes, et tableaux généalogiques.

La 1^{re} partie, générale, est composée des chapitres suivants : Historique, développement somatique normal de l'enfant, développement psychique normal, causes de l'arriération intellectuelle, symptômes psychiques, symptômes physiques, anatomie pathologique, diagnostic et pronostic, prophylaxie et traitement, pédagogie. Les deux derniers chapitres sont évidemment largement inspirés par la législation du nouvel Etat allemand et les doctrines politiques-sociales du national-socialisme. Quant au chapitre pédagogique, le seul qui n'a pas été écrit par le Professeur Weygandt lui-même (il est dû à M. E. Kludas, directeur d'une école d'arriérés à Hambourg), nous le considérons comme un peu trop sommaire.

La partie spéciale, clinique, contient 15 chapitres consacrés aux troubles du développement d'origine endogène et 9 chapitres consacrés aux arriérations d'origine exogène. Voici l'énumération :

I. Troubles endogènes du développement : 11^e chapitre : absence de parties importantes du cerveau : anencéphalie, agénésie du corps calleux ; 12^e ch. : microcéphalie endogène ; 13^e ch. : hydrocéphalie endogène ; 14^e ch. : mégalencéphalie ; 15^e ch. : idiotie amaurotique familiale ; 16^e ch. : troubles dégénératifs congénitaux (angiodystrophie cérébrale, sclérose diffuse

familiale, maladie de Pelzaeus-Merzbacher, etc., etc.) ; 17^e ch. : arriération psychique au cours des maladies organiques endogènes de l'encéphale (maladie de Friedreich, atrophie musculaire, etc.) ; 18^e ch. : sclérose tubéreuse ; 19^e ch. : épilepsies, essentielles et symptomatiques ; 20^e ch. : tumeurs cérébrales chez l'enfant ; 21^e ch. : mongolisme ; 22^e ch. : chondrodystrophie ; 23^e ch. : turricéphalie ; 24^e ch. : psychoses et psychonévroses endogènes chez l'enfant ; 25^e ch. : oligophrénie endogène non compliquée. II. Troubles exogènes du développement ; 26^e ch. : séquelles des affections méningitiques ; 27^e ch. : hydrocéphalie acquise ; 28^e ch. : troubles d'origine vasculaire ; 29^e ch. : affections extrapyramidales (chorées, athétose, etc.) ; 30^e ch. : affections syphilitiques ; 31^e ch. : troubles endocriniens ; 32^e ch. : infantilisme ; 33^e ch. : exo-intoxications ; 34^e ch. : séquelles des traumatismes.

Rien ne pouvait mieux que cette énumération, démontrer la richesse de l'ouvrage ainsi que son intérêt. En effet, toute la foule des affections susceptibles d'engendrer l'arriération intellectuelle en lui imprimant parfois des caractères cliniques particuliers, se trouve groupée dans ses chapitres successifs. Leur étude se trouvait jusque-là dispersée dans les traités de psychiatrie, de neurologie, de pédiatrie, d'endocrinologie. Il y avait là une lacune à combler, l'auteur y a bien réussi.

E. BAUER.

Les psychoses de motilité et les psychoses amentielles (Die Motilitätspsychosen und Verwirrtheiten), par E. FÜNFELD (de Magdebourg). Fasc. de 92 pages, 77^e supplément de la *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, chez Karger édit., Berlin 1936.

Parmi les psychoses que la synthèse de la schizophrénie a résorbées à tort, il faut compter les psychoses de motilité et l'amentia. Pourtant, ces psychoses se rapprochent plutôt, par leurs caractères cliniques et hérédobiologiques, de la psychose maniaque-dépressive. Elles sont en réalité apparentées avec cette dernière, forment avec elle un groupe des psychoses cycliques (Phasenpsychosen) ; mais elles représentent des entités morbides autonomes.

L'auteur rappelle la symptomatologie des psychoses de motilité et de la confusion mentale. Dans les psychoses de motilité, les troubles se groupent autour d'un syndrome fondamental, la perturbation des processus psychomoteurs. Les manifestations hyperkinétiques prédominent, mais sont interrompues parfois par des phases akinétiques. Les idées délirantes sont peu caractéristiques, on rencontre fréquemment des idées de transformation corporelle, et surtout des fausses reconnaissances. Le début est aigu, la durée de l'évolution est de 6-8 semaines en moyenne, des formes prolongées sont observées. Les facteurs exogènes semblent n'avoir qu'une importance réduite dans le déclenchement des psychoses de motilité.

Dans l'amentia, le trouble axial est la confusion des idées (gedankliche Verworrenheit). Il s'agit d'un trouble absolument différent, qualitativement et pas seulement quantitativement, de la fuite d'idées maniaque. En outre, l'auteur insiste sur la mobilité affective, le délire à prédominance de transformation du monde ambiant, l'intensité des troubles hallucinatoires, le début aigu, l'importance des facteurs exogènes comme causes de déclenchement, la fréquence chez les sujets jeunes, la prédominance du sexe féminin.

Au point de vue des données constitutionnelles, la typologie de Kretschmer semble être peu apte à apporter des précisions. Les psychoses de motilité sont rencontrées plus fréquemment chez des sujets appartenant au type pycnique, les psychoses amentielles se rencontrent souvent chez des leptosomes. L'étude de la personnalité prépsychotique à la lumière de la doctrine des types réactionnels (Erlebnistypen), de Pfahler, présente davantage d'intérêt. Les psychoses de motilité et amentielles se recrutent dans le groupe des sujets rigides, aux contenus psychiques stables (starre Menschen fester Gehalte). L'état affectif fondamental est sans tonalité caractéristique, mais il existe une hyperémotivité prononcée ; l'activité est au-dessus de la moyenne, avec un fonctionnement moteur bien adapté et plutôt rapide ; l'intelligence est bonne.

L'hérédité similaire et le caractère familial de l'affection ont été observés dans plusieurs cas, autant dans les psychoses de motilité que dans l'amentia. L'épilepsie et la constitution épileptoïde se sont montrées fréquentes d'une façon frappante, dans certaines familles. La psychose maniaque-dépressive et encore davantage la schizophrénie ont été rencontrées rarement dans les familles des malades. Dans l'ensemble, l'hérédité est bien moins lourde que dans la psychose maniaque-dépressive. L'absence de toute tare héréditaire apparente a été constatée plusieurs fois.

Le diagnostic différentiel doit être établi avec la psychose maniaque-dépressive, les psychoses symptomatiques, la schizophrénie, les psychoses mixtes. Il présente souvent des difficultés (états mixtes de psychose maniaque-dépressive, poussées schizophréniques ressemblant aux psychoses de motilité, etc.). Au point de vue anatomo-pathologique, des lésions spécifiques n'ont pas été identifiées jusqu'ici ; ces psychoses semblent représenter avant tout des syndromes mésodiencephaliques (Hirnstammsyndrome).

L'auteur discute enfin la position des psychoses de motilité et amentielles à l'égard de la loi allemande de stérilisation ; il n'est pas partisan de l'application générale de la loi ; seuls doivent tomber sous le coup de celle-ci les cas récidivants et les cas avec hérédité pathologique nettement démontrée par l'enquête.

E. BAUER.

Le syndrome moteur catatonique. Son existence au cours des psychoses de régression (présénile et sénile) non schizophréniques. Etude clinique, par le Dr S. ROUSSET (1 brochure in-8°, 114 pages. Les Editions Universitaires de Strasbourg. Thèse Strasbourg, 1936).

Dans un premier chapitre l'auteur définit certains termes souvent imprécis ; puis il procède à une étude détaillée des manifestations cliniques du syndrome moteur catatonique. Le mot de catatonie, ou maladie de Kahlbaum, est réservé à la forme catatonique de la démence précoce. Le syndrome catatonique, ou catatonie symptomatique, est un ensemble de symptômes, ce sont :

- 1° les akinésies ou états de stupeur avec relâchement musculaire ;
- 2° les akinésies avec contracture ;
- 3° la catalepsie ou persistance des attitudes segmentaires ;
- 4° les phénomènes itératifs : stéréotypies d'attitude ou de mouvement ;
- 5° les états hyperkinétiques ou ensemble de mouvements indépendants de la volonté, qui se développent sur le terrain d'une psychose et qui ne sont

explicables ni neurologiquement ni psychiquement. Kleist, en les analysant, en distingue 5 groupes ;

- 6° les parafonctions avec le maniérisme ;
- 7° les actes impulsifs ;
- 8° les troubles psychiques : négativisme et suggestibilité ;
- 9° les troubles vasomoteurs et organo-végétatifs concomitants : sécrétoires, sympathiques, endocriniens, neurologiques (chronaxie, électro-myographie), etc.

Après un historique très complet de toute la question du syndrome catatonique, Mlle S. Rousset étudie les épisodes catatoniformes rencontrés au cours des diverses affections mentales et cérébrales, à l'aide des cas publiés et de quelques observations personnelles, en particulier dans la folie maniaque-dépressive, chez les débiles, dans les intoxications et les toxi-infections, les psychoses puerpérales, les rapports qu'ils présentent avec certaines manifestations motrices hystériques et extra-pyramidales, dans l'épilepsie, les traumatismes crâniens, les tumeurs cérébrales, les encéphalites, la paralysie générale, les affections focales du cerveau, l'artériosclérose, les psychoses préséniles et séniles.

Après un chapitre sur la catatonie tardive, l'auteur conclut que si tous les symptômes moteurs catatoniques peuvent s'observer au cours de nombreuses affections, il semble pourtant que parmi eux il en est un groupe : les parafonctions, qui semblent spécifiques de la démence précoce.

Une bibliographie complète achève cette étude.

Charles BUHECKER.

Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent, par Edouard PICHON. Un volume de 354 p. Masson et C^{ie}, éditeurs. Paris, 1936.

Les 150 premières pages répondent seules au titre du volume. Après une introduction malheureusement un peu obscure l'auteur aborde le côté pratique par l'interrogatoire des parents, puis par un chapitre sur les tests ; le tout assez élémentaire, décrit à travers les auteurs et d'assez loin ; les procédés d'exploration psychanalytique (p. 62-66) accusent déjà les tendances du volume. Quelques détails d'allure personnelle (p. 85, p. 91), dans les pages relatives au développement du langage. Le chapitre IV : développement affectif et moral, paraît le chapitre central le plus caractéristique. J'aurais aimé à citer quelques pages *in extenso* pour bien montrer la manière (cf. notamment p. 114, par. 98, un passage tout à fait freudien).

Dans une seconde partie, — la meilleure, — sous le titre : *Troubles du fonctionnement psychique*, l'auteur passe en revue ce qu'il appelle les syndromes organiques, les syndromes d'origine obscure, les syndromes psychiatriques purs. A l'occasion des encéphalopathies et ailleurs encore (à propos du mongolisme, par exemple), il invite à la modération, avec raison, à mon sens, quant à reconnaître trop vite une origine syphilitique... L'exposé est plus médical que psychologique, encore que « les névroses, écrit l'auteur, ressortissent toutes à un grand processus psychologique commun : une *arriération affective* empêchant qu'une dose suffisante de libido d'aimance puisse se consommer sous la forme oblativ ».

La dernière partie est consacrée à l'éducation. J'y ai appris que celle-ci devait être « morale... et *concaténative* ». Toute cette fin trahit toutefois plus de culture générale que de pratique pédagogique.

Th. SIMON.

NEUROLOGIE

Étiologie de la sclérose en plaques, par N. BLACKMAN (1 brochure in-8°, 64 pages, Maurice Lavergne, imprimeur. Thèse Paris, 1936.

Dans ce travail, M. N. Blackman étudie le problème de l'origine infectieuse de la sclérose en plaques et passe en revue les essais de transmission aux animaux et les constatations diverses de spirochètes. Il fait ensuite un exposé détaillé de recherches personnelles par les méthodes argentiques qui lui ont donné des résultats assez encourageants.

La constatation des cellules argentiques est un fait presque constant dans la sclérose en plaques comme dans la paralysie générale. Elle a conduit Steiner à attribuer à la sclérose en plaques une origine spirochétale. Tout en confirmant les constatations de Steiner, M. Blackman, à la suite de recherches en série très étendues, dont il publie une série de belles photographies, fait ressortir le rapprochement possible entre ces images argentophiles et des structures spirochètosiques. Mais ces cellules argentiques, trouvées dans la sclérose en plaques avec une constance remarquable, ont été aussi constatées au pourtour de lésions hémorragiques d'origine non infectieuse. Ces cellules semblent représenter la phagocytose des produits de désintégration hémoglobinique. Quoique leur interprétation étiologique soit à discuter, leur constatation est d'une valeur diagnostique considérable.

Le dernier chapitre traite de la réaction réticulo-endothéliale dans les centres nerveux qui permet à l'auteur d'envisager une solution pathogénique de la sclérose en plaques, bien que le facteur infectieux soit encore à élucider.

L. R.

La dystrophie musculaire progressive, étude hérédopathologique et clinique (*Dystrophia musculorum progressiva. Eine erblichkeitsmedizinische und klinische Studie*), par Bertil SJÖVALL, 1 vol., 239 pages, 10^e supplément des *Acta psychiatrica et neurologica*, chez Levin et Munksgaard, Copenhague 1936.

La pathogénie des dystrophies musculaires progressives est inconnue. Le rôle de l'hérédité est universellement admis, mais les travaux étaient basés jusqu'ici sur une casuistique insuffisante pour permettre de préciser le mode d'hérédité en cause. Le travail de l'auteur s'appuie sur 170 observations ; rien que par ce fait il représente une contribution importante à l'étude des myopathies. Dans sa partie hérédologique, il continue la série d'intéressantes études publiées récemment par des auteurs scandinaves sur les affections neuropsychiatriques héréditaires et familiales (T. Sjögren, Essen-Möller, etc.).

Dans la partie clinique, la symptomatologie des dystrophies musculaires progressives est précisée. Le tableau clinique est parfois complexe ; l'auteur rapporte un exemple d'association avec la maladie de Friedreich. Les signes d'atteinte pyramidale, des réactions de dégénérescence douteuses, la trémulation fibrillaire, sont parfois observés. L'indigence intellectuelle congénitale a été trouvée associée dans 5,5 pour cent des cas. Les signes de perturbation endocrinienne sont rares. Par contre, la fréquence des troubles vasomoteurs (14 p. cent) plaide pour une participation du système neuro-végétatif. L'auteur discute les lésions squelettiques, musculaires, cardiaques. Les hommes paraissent être atteints plus souvent que les femmes, mais

cette prédominance du sexe masculin pourrait provenir d'une sélection des probands. L'âge de début de la maladie varie entre 0 et 44 ans ; dans les formes pelvi-fémorales, le début est plus précoce qu'on n'admet d'habitude ; avant l'âge de 3 ans dans un tiers des cas. Dans beaucoup d'autres cas, une analyse approfondie a permis de dépister l'existence de signes frustes dès le jeune âge. L'évolution est le plus souvent implacablement progressive ; des phases d'arrêt sont observées ; il existe des formes rudimentaires et abortives. Le pronostic *quoad vitam* est d'autant plus sombre que le début est plus précoce. Dans l'étiologie, des facteurs exogènes peuvent jouer un rôle ; l'auteur signale un cas de dystrophie musculaire post-traumatique ayant régressé au bout de quelque temps.

L'enquête hérédologique a porté sur 161 malades provenant de 100 familles. 149 cas appartiennent à la même génération, qui compte 387 frères et sœurs. Les formes scapulo-humorales et pelvifémorales n'ont jamais été rencontrées associées dans une même famille. Quant aux parents des sujets atteints de dystrophie musculaire progressive du type fémoral, la consanguinité a été constatée dans 6,9 p. cent des cas (cousins du 1^{er} et du 2^e degré). La proportion des psychoses et des oligophrénies dans les familles des malades paraît être supérieure à la moyenne. Quant au problème de la forme de l'hérédité, il n'a pu être résolu avec certitude ; l'hypothèse d'une hérédité dimère récessive est la plus probable, mais elle n'est pas satisfaisante dans tous les cas. Peut-être on est en présence d'un mélange de plusieurs modes d'hérédité. Chez les parents examinés, aucun stigmate somatique, expression d'une prédisposition à la maladie n'a pu être dépisté.

E. BAUER.

BIOLOGIE

Contribution à l'étude de l'inhibition cardiaque, par Abel RICHARD, docteur en médecine, docteur ès sciences naturelles (1 brochure in-8°, 120 pages, Bosc frères, M. et L. Rion, édit., Thèse Lyon, 1936).

Du point de vue de la physiologie comparée, il semble y avoir deux grands groupes de réflexes cardiaques à naissance abdominale, l'un que l'on constate chez les batraciens utilisant la voie du nerf splanchnique, l'autre chez les mammifères et les poissons, utilisant les rameaux du pneumogastrique abdominal. Il ne semble pas y avoir de rapport étroit entre l'excitabilité réflexe et l'excitabilité de l'appareil périphérique cardio-inhibiteur. Le pouvoir de sommation le plus important est lié, non au centre bulbaire, mais aux terminaisons périphériques de l'appareil centrifuge.

En modifiant l'excitabilité bulbaire ou cardiaque, il est possible d'augmenter l'excitabilité vagale au point de la rendre sensible à un seul stimulus porté sur une voie centripète. Mais l'accroissement de la durée de l'arrêt cardiaque ainsi obtenu n'est jamais tel que l'arrêt soit définitif.

L'excitabilité et l'automatisme cardiaque étant réglés par la structure physico-chimique du myocarde et de son ambiance, il semble que ce soit par l'intermédiaire de variations de cette dernière que les agents cardio-inhibiteurs modifient l'excitabilité et l'automatisme du cœur.

Il y aurait un équilibre électro-ionique réglable par intervention des centres nerveux cardiaques ou sous des influences humorales. La mise en jeu de ces agents, en modifiant l'équilibre électro-ionique de subordination, fait dis-

paraître les conditions ioniques favorables à l'activité automatique et détermine un changement de l'excitabilité du myocarde, expliquant « l'échappement du cœur ».

En terminant, M. A. Richard passe rapidement en revue quelques conséquences de l'inhibition cardiaque.

L. R.

THÉRAPEUTIQUE

Le problème de la castration. Etude des cas de castration pour anomalies sexuelles en Hollande et à l'étranger (Het Castratievraagstuk. Een onderzoek naar de gevallen van castratie van sexueel abnormale personen in Nederland en in het Buitenland), par le Dr J. SANDERS (avec la collaboration du Prof. Dr VAN DER HORST, et des Drs M. WESTERTERP et C. T. KORTENHORST). 1 vol. in-8, 126 pages, G. Naef, édit., La Haye, 1935.

Cet ouvrage, d'un grand intérêt pratique, constitue une mise au point très précise des résultats obtenus jusqu'à présent par la castration dans le traitement des anomalies sexuelles. Dans son introduction, l'auteur insiste sur la confusion qui se fait fréquemment encore entre la *stérilisation*, opération destinée à empêcher dans un but eugénique la reproduction, par ligature ou section des canaux déférents ou des trompes, et la *castration*, opération destinée à supprimer dans un but thérapeutique, par ablation des testicules ou des ovaires, le désir sexuel, et, par là, les tendances sexuelles anormales qui peuvent exister. La présente étude traite uniquement de la castration thérapeutique et est basée sur l'analyse détaillée de onze cas personnels et de cent cas publiés dans la littérature, ainsi que sur des statistiques d'auteurs danois, suisses, allemands, américains.

L'auteur groupe l'ensemble des cas en cinq catégories : 1) exhibitionnisme ; 2) attentats à la pudeur sur des petites filles ; 3) attentats à la pudeur sur de jeunes garçons et homosexualité ; 4) tendances sexuelles anormales vis-à-vis des femmes ; 5) cas divers.

L'influence de la castration sur la libido fut nulle dans 6,7 0/0 des cas, partielle dans 50 0/0 des cas, totale dans 42 0/0 des cas ; le résultat est complet en l'espace de quelques mois à un an, parfois deux ans. L'influence sur la puissance sexuelle est à peu près parallèle ; dans certains cas, l'érection et le coït restent possibles.

L'état psychique est souvent favorablement influencé ou inchangé ; les cas défavorables sont rarissimes. Dans aucun cas la castration n'a été suivie de divorce ; la vie familiale s'est améliorée dans plusieurs cas. Les capacités de travail et la situation sociale des malades opérés ont été améliorées, ou sont restées les mêmes dans l'immense majorité des cas. En ce qui concerne les délits sexuels, il n'a été signalé que 5 cas de récidive, ce qui représente une proportion infime de l'ensemble des cas. Encore faut-il se dire que les indications opératoires n'ont pas toujours été aussi exactement définies qu'elles le sont actuellement.

Au point de vue somatique, les conséquences de la castration sont minimales lorsqu'elle est pratiquée à l'âge adulte : pas de modifications de la voix, léger engraissement, parfois légère diminution de la force musculaire, diminution de la pilosité : nulle dans 1/3 des cas, légère dans 1/3 des cas, forte dans le tiers restant. Le type eunuchoidé n'apparaît qu'exceptionnellement.

Tous les auteurs, médecins ou juristes, arrivent à la même conclusion : les dangers ou les inconvénients de la castration demandée par le sujet ou librement consentie par lui sont minimes. Les avantages sont énormes et, dans un nombre considérable des cas, on peut parler d'un véritable sauvetage de la vie psychique et sociale.

Chez la femme, la castration pour anomalies sexuelles donne des résultats très peu satisfaisants, sa sexualité étant, beaucoup plus que celle de l'homme, liée à des facteurs psychiques. La méthode ne paraît donc pas applicable à la femme.

L'auteur arrive aux conclusions suivantes : 1) La castration pour anomalies sexuelles n'est indiquée que chez l'homme ; 2) chez une partie des anormaux sexuels, la castration apparaît comme la méthode de choix ; 3) le malade doit se soumettre *librement* à l'opération avec le désir de guérir plutôt que celui, par exemple, d'échapper à un internement. L'attitude psychique du malade vis-à-vis de l'opération a une grande importance au point de vue du résultat. C'est au médecin de pénétrer les véritables raisons qui guident le sujet. Si l'état mental du malade est tel qu'il ne peut juger la question d'une manière suffisante, l'assentiment des parents ou du tuteur doit être demandé ; 4) dans la règle, l'opération ne doit pas être pratiquée avant l'âge de 25 ans, et surtout pas pendant la période pubertaire ; 5) avant de proposer la castration, il faut que, du point de vue médical, toute autre thérapeutique puisse être considérée comme inefficace ; 6) dans les cas d'anomalies sexuelles sur fond de schizophrénie, ou accompagnée de tendances schizoïdes marquées, la castration est contre-indiquée, car l'expérience a démontré qu'elle est dans ces cas peu efficace ; 7) la castration est une opération bénigne au point de vue chirurgical, mais grave de conséquences au point de vue individuel ; elle ne doit être envisagée qu'après mûre réflexion et après consultation de spécialistes compétents ; il serait souhaitable de voir constituer, par initiative gouvernementale, une commission officielle qui pourrait être consultée sur chaque cas particulier.

A la fin de son livre, le Dr Sanders donne, sous forme de tableaux, un résumé très complet de cent cas de castration thérapeutique, recueillis dans la littérature.

J. LEY.

Formulaire Astier, 7^e édition. Préface du professeur Fernand BESANÇON. 1 vol. in-8°, 1.200 pages. Librairie du Monde Médical. Vigot frères, édit., Paris 1937.

La 7^e édition du *Formulaire Astier* a été l'objet d'une mise à jour très complète dans chacun de ses chapitres, qu'il s'agisse de la partie « Pharmacologie » ou de celle consacrée à la « Thérapeutique ». Suppressions, remaniements, rectifications et additions ont été effectués en tenant compte de l'évolution incessante de la science médicale dans ses applications pratiques. Plus que jamais le *Formulaire Astier* justifie son titre de « vade-mecum de médecine et de thérapeutique », et le professeur Fernand Besançon, dans sa préface, a remarquablement résumé tous ses mérites en quelques lignes. « C'est vraiment, dit-il, le livre qui répond à toutes les questions de quelque nature qu'elles soient, dispense des recherches longues et parfois infructueuses, dissipe les doutes, ravive les souvenirs et offre à chaque instant le réconfort de ses précisions, la réponse aux problèmes les plus compliqués. »

L. R.

JOURNAUX ET REVUES

NEURO-PSYCHIATRIE

De la clinique des crises cataplectiques (Zur klinick der Kataplektischen Anfälle), par H. SCHARFETTER et Th. SEEGER (Innsbrück). *Zeitsch. f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1935, Tome 153, p. 37 à 89.

A propos d'un malade narcoleptique âgé de 27 ans et présentant des attaques de cataplexie, les auteurs ont essayé d'étudier ces accidents provoqués par toute une série d'excitations (se moucher, rire, tousser, crier, gronder), qui entrent dans le groupe des contractions des muscles respiratoires et que les auteurs désignent sous le nom de mouvements parapnéiques. La crise cataplectique devrait être envisagée d'après ces observations comme liée aux pulsions du tonus volontaire contre ces mouvements. Il existe au cours des crises une hypervagotonie, du myosis, mais pas de signes pyramidaux. L'administration pendant 2 ou 3 jours d'éphédrine (Ephetonine Merck et Racedrin « Hoeschst ») a un effet sédatif. On trouvera à la fin de cet article très documenté, une bibliographie exclusivement étrangère.

Henri Ey.

Chorée, tics et crises convulsives (Chorea, Tics and Compulsive Utterances), par Mildred CREAK et E. GUTTMANN. *The Journal of Mental Science*, T. LXXXI, n° 335, p. 834-839, octobre 1935.

A la suite d'affections nerveuses caractérisées par des altérations des noyaux gris centraux, des mouvements automatiques ont été signalés, symptômes qui, pour les auteurs, ne constituent pas un ensemble neurologique pur, mais un trouble moteur particulier chez des sujets prédisposés aux réactions psycho-névropathiques. La maladie des tics de Gilles de la Tourette elle-même ne formerait pas une entité morbide. Les manifestations choréiques, les tics et les troubles spasmodiques associés, surviennent parfois à l'occasion de perturbations émotives sans affection organique apparente. La psychogénèse doit, dans tous les cas, être attentivement recherchée.

P. CARRETTE.

Onanisme et spasmophilie (Spasmes de la région génitale), par Gilbert ROBIN. *Archives hospitalières*, p. 589-594, n° 10, décembre 1935.

L'auteur décrit les formes neurologiques de l'onanisme, formes liées à l'instabilité psycho-motrice, à l'encéphalite épidémique, à la péotillomanie de Cruchet. Il incrimine la spasmophilie qui ne saurait être assimilée au syndrome de tétanie avec hypocalcémie, maladie du nourrisson. Il s'agirait d'une spasmophilie latente qui constituerait chez les enfants de 4 à 7 ans, une forme lente ou une séquelle de l'atteinte primaire.

P. CARRETTE.

La clinique et l'évolution de l'épilepsie sur un fond constitutionnel hétérotypique, par S. I. POLINKOWSKI (*Sovietskaia Psichonevrologia*, T. XI, 1935, fasc. 3).

Sur un ensemble de 18 cas d'épilepsie, l'auteur étudie la corrélation existant entre le fond prémorbide schizoïde et cyclothymique et le caractère acquis par le processus épileptique. Il souligne les changements apportés par le fond hétérotypique sur le tableau habituel de l'épilepsie et inversement. La crise comitiale même n'est pas influencée par le fond hétérogène. L'épilepsie débute sous la forme des manifestations habituelles de crise convulsive, d'équivalent ou de petit mal. Le fond cyclothymique imprime aux désordres dus à l'épilepsie une teinte plus discrète. L'irritabilité de l'épilepsie apparaît atténuée chez les cyclothymiques. Le pédantisme n'est pas seulement le fait du processus épileptique, il est en même temps le résultat de la structure schizoïde de la personnalité. Par contre, la sentimentalité des épileptiques schizothymiques prend son origine dans le fond constitutionnel schizoïde. Dans cette forme, l'évolution du processus épileptique est plus sévère. Le processus épileptique efface toujours les traits hétérotypiques. Trois facteurs jouent dans cette répercussion un rôle prépondérant : la durée et l'intensité du processus épileptique d'une part et le degré de stabilité des traits hétérotypiques d'autre part.

FRIBOURG-BLANC.

« Epilepsia simplex ». Structure et évolution du caractère épileptique, par J. V. BERENSTEIN (*Sovietskaia Psichonevrologia*, T. XI, 1935, fasc. 3).

L'auteur rapporte trois observations d'épilepsie sans crises comitiales chez des malades présentant des troubles psychiques de nature épileptique. Par analogie avec la schizophrénie, ces formes d'épilepsie sont désignées par le terme d'« epilepsia simplex ». Dans l'étude de la structure et de l'évolution de l'épilepsie, l'auteur souligne les altérations spécifiques de l'affectivité épileptique et en isole trois types : 1° intellectuel ; 2° caractérologique ; 3° mixte.

FRIBOURG-BLANC.

Troubles de la conscience chez les épileptoïdes et les épileptiques, par V. P. JASSINSKI (*Sovietskaia Psichonevrologia*, T. XI, 1935, fasc. 3).

A propos de quelques cas cliniques observés, l'auteur souligne que les troubles de la conscience de type crépusculaire de courte durée et d'allure rapide peuvent se rencontrer chez les épileptoïdes et les épileptiques, bien qu'ils peuvent se voir aussi dans d'autres affections mentales. Chez ces sujets la fragilité du système vasculaire, endocrinien et neuro-végétatif est particulièrement prononcée. L'apparition des états crépusculaires au cours du sommeil indique le lien existant entre les mécanismes des deux états. Certains facteurs additionnels (sociaux ou moraux) peuvent jouer le rôle d'agents irritatifs et favoriser l'apparition des états crépusculaires en agissant sur la sphère émotionnelle qui déclenche le mécanisme réactif.

FRIBOURG-BLANC.

Les émotions localisées dans l'épilepsie (Sobre as Emoções Localizadas na Epilepsia), par E. S. ROOD. *Revista de Neurologia e Psiquiatria de São Paulo*, T. I, n° 4, p. 455-460, juillet-décembre 1935.

L'auteur considère les émotions localisées dans l'épilepsie, comme des éléments importants du diagnostic clinique. Il rapporte l'observation d'un des deux cas qu'il a eu l'occasion d'observer. Il aboutit à la conclusion suivante : tous les cas d'émotion localisée décrits jusqu'ici, se rapportent à d'authentiques émotions, principalement à la crainte. Le cas présenté est caractéristique de l'émotion localisée sous forme de sensation sexuelle transformée. La liaison conditionnelle de l'émotion avec la sensation périphérique est déterminante et doit être étudiée en relation avec le système nerveux végétatif.

P. CARRETTE.

Considérations cliniques et médico-généalogiques sur l'arriération avec cataracte congénitale (Klinische und vererbungsmedizinische untersuchungen über Oligophrenie mit kongentaler katarakt, par Forsten SJÖGREN (Uppsala). *Zeitsch. f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1935, Tome 152, p. 263 à 292.

Etude très méthodique et minutieuse avec 44 cas d'arriération avec cataracte appartenant à 30 familles, parmi les écoliers aveugles de Suède. Dans la plupart des cas, il s'agissait d'idiotie. Il existe souvent des anomalies du squelette. Jamais dans la parenté collatérale d'un de ces cas, on n'a rencontré d'arriération isolée ou de cataracte isolée. Aucun des procréateurs n'avait de cataracte, un seul était imbécile Il paraît à l'auteur que cette affection autonome se comporte comme un facteur héréditaire monohybride dominant. La répartition géographique des cas révèle le peu d'intérêt de ce facteur.

Henri Ey.

La surdi-mutité corticale de l'âge infantile (Die kortikale Taubstummheit des Kindesalters), par P. RANSCHBURG (Budapest). *Journal de Psychiatrie infantile*, II, 5 et 6, 1935/36.

Dans la surdi-mutité centrale, décrite par Bärzi, la surdité est totale à l'égard des sons, sons composant le langage parlé et sons musicaux, tandis que la perception auditive de la parole existe dans une certaine mesure et se montre éducable dans une proportion et avec une rapidité frappantes. Parfois, au cours de l'entraînement auditif de ces sujets, on assiste également à un réveil partiel de l'acuité auditive pour les sons, d'abord pour les sons du langage, ensuite pour une partie des sons musicaux. L'auteur rapporte un certain nombre d'observations cliniques. Il développe les arguments en faveur de la pathogénie corticale, et, notamment, d'une pathogénie vasculaire corticale, de cette variété de surdi-mutité, et il réfute les arguments opposés par ceux qui en ont nié l'existence.

E. BAUER.

Encéphalite aiguë toxique expérimentale, par Gabriel PETIT et L. MARCHAND. *Revue Neurologique*. T. LXIV, n° 6, p. 873-885, décembre 1935.

Les poisons, tout comme les microbes pathogènes, exercent sur les tissus une action nocive créatrice de lésions inflammatoires. Nombreux ont été les auteurs qui ont cru pouvoir faire une exception pour l'encéphale. L'usa-

ge du *Méta* (charbon blanc) a permis à MM. Petit et Marchand de réaliser chez l'animal une intoxication reproduisant les accidents observés parfois en clinique chez des enfants qui ont ingéré le charbon blanc dont l'emploi commode se répand de plus en plus. Les lésions sont celles d'une encéphalite non suppurée et non pas une réaction inflammatoire secondaire. Il est intéressant de noter que le processus anatomique est identique à celui du délire aigu.

P. CARRETTE.

Recherches récentes sur l'anatomie pathologique, l'étiologie, la prophylaxie et le traitement de la méningite tuberculeuse, par A. RAVINA. *La Presse Médicale*, n° 79, p. 1526-1529, 2 octobre 1935.

Cette très intéressante communication nous fournit sur la méningite tuberculeuse une série de renseignements qui atténuent un peu le pessimisme inspiré jusqu'ici par les recherches sur cette redoutable infection. Des précisions nouvelles nous sont données sur la localisation des lésions et la cytologie céphalo-rachidienne. M. Ravina entrevoit toute une série de mesures prophylactiques utiles : surveillance du lait, vaccination par le B.C.G., traitement général des primo-infections tuberculeuses, des signes révélateurs tels que l'érythème noueux, repérages fréquents à la tuberculine. Enfin malgré l'invasion méningée, il faut essayer la roentgenthérapie, et surtout l'allergine. On connaît des cas indiscutables de méningites tuberculeuses terminées par la guérison. Il n'est pas téméraire d'espérer que ces cas très rares augmenteront dans un proche avenir grâce à des interventions thérapeutiques de plus en plus efficaces.

P. CARRETTE.

Les formes subaiguës du rhumatisme cérébral (Las formas subagudas del reumatismo cerebral), par J. SIMARRO. *Revista Médica de Barcelona*, T. XXIV, n° 140, pp. 89-94, août 1935.

Parmi les formes d'encéphalite récemment observées, l'auteur rattache certains types à la maladie rhumatismale. Il signale les syndromes de dépression, d'anxiété, de troubles de l'affectivité et de l'émotivité associés à des manifestations neuro-végétatives, l'hémichorée, des états parkinsoniens, des hallucinations. Le diagnostic, soumis à l'épreuve thérapeutique, soulève le problème des rapports entre le rhumatisme cérébral et certaines encéphalites dites épidémiques. Les deux cas de M. Simarro ont cédé au traitement salicylé qu'il convient d'associer parfois à des cures anti-infectieuses.

P. CARRETTE.

Un cas de méningo-encéphalite ourlienne mortelle. Considérations sur la mortalité au cours des oreillons, par G. ANDRIEU et J. PASSA. *Le Progrès médical*, n° 39, pp. 1542-1546, 23 septembre 1935.

La localisation nerveuse du virus ourlien détermine des méningites et des névraxites, qui constituent la cause la plus fréquente de la mort consécutive aux oreillons. Depuis que la clinique et le laboratoire permettent de vérifier les faits, on ne peut plus se contenter de l'hypothèse ancienne qui attribuait les accidents cérébraux à la compression de la jugulaire interne par la tuméfaction parotidienne.

P. CARRETTE.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de MAI de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 13 mai 1937*, à 9 h. 30, *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mai de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 24 mai 1937*, à 4 heures *très précises*, au siège de l'Académie de Chirurgie, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de JUIN de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 10 juin 1937*, à 9 h. 30 *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté de Médecine.

La *séance ordinaire* du mois de juin de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 juin 1937*, à 4 heures *très précises*, au siège de l'Académie de Chirurgie, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

Séances du lundi 26 juillet 1937

A l'occasion de la présence à Paris de nombreux membres correspondants nationaux ou associés étrangers de la Société, il sera tenu le *lundi 26 juillet* deux séances au lieu d'une.

La *première séance*, à 9 heures 15, sera consacrée à la discussion des *Rapports de l'hystérie avec la schizophrénie*. — Rapporteur : M. le Professeur Henri CLAUDE.

La *deuxième séance* commencera à 3 heures de l'après-midi. Elle sera consacrée à l'étude des *Troubles endocriniens dans les états d'excitation* (Rapporteur : M. le D^r J. TUSQUES), et à des *communications diverses*.

Ces deux séances se tiendront au siège de la Société (Académie de Chirurgie, 12, rue de Seine, Paris, VI^e arrondissement).

Pour prendre part à la discussion des questions mises à l'ordre du jour, ou pour présenter des *communications*, s'inscrire auprès du D^r Paul COURBON, *Secrétaire général*, Médecin-Chef à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e arrondissement).

Le *dîner annuel* de la Société Médico-psychologique aura lieu le même jour à 20 heures. Les *membres associés étrangers* présents aux séances seront cordialement invités à ce dîner.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nécrologie

M. le Dr LÉON FARGIER, Médecin-Chef à l'Asile d'aliénés de Sainte-Marie de l'Assomption, à Privas (Ardèche).

Honorariat

M. le Dr Jacques BARUK, ancien Médecin-Directeur de l'Asile public d'aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire, est nommé Médecin-Directeur Honoraire des Asiles d'aliénés.

Nominations

M. le Dr HUMBERT est nommé Médecin-Directeur de l'Asile public départemental d'aliénés de Quimper (Finistère).

M. le Dr RÉGIS est nommé Médecin-Directeur de l'Asile public autonome d'aliénés d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône) ;

M. le Dr CAURIAT est nommé Médecin-Chef de l'Asile public autonome d'aliénés d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône).

Postes vacants

Sont déclarés vacants :

un poste de Médecin-Chef à l'Asile public autonome d'aliénés de Cadillac (Gironde) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Asile public départemental d'aliénés de Maréville (Meurthe-et-Moselle) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Asile public départemental d'aliénés de Lafond (Charente-Inférieure) ;

un poste de Médecin-Chef à la Maison de Santé de Hoerdts (Bas-Rhin) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Asile public départemental d'aliénés de Pau (Basses-Pyrénées).

Maison Nationale de Saint-Maurice (Seine)

Le nom de *Service Julien-Raynier* a été donné au Service libre de la Maison Nationale de Saint-Maurice (Seine).

Concours pour 20 postes de Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques

Par arrêté du 6 avril 1937, un concours pour vingt emplois, au minimum, de médecins du cadre des Hôpitaux psychiatriques s'ouvrira à Paris, au Ministère de la Santé publique, le lundi 7 juin 1937.

Les candidats qui désirent participer au concours devront adresser à la direction de l'Hygiène et de l'assistance (1^{er} bureau) une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leur diplôme de docteur en médecine,

de leurs états de service, d'un exposé de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux, du dépôt de leurs publications, ainsi que des pièces établissant leur stage et l'accomplissement de leurs obligations militaires.

Les candidatures seront reçues au ministère de la Santé publique jusqu'au mercredi 5 mai 1937 inclus.

Chaque postulant sera informé par lettre individuelle de la suite donnée à sa demande.

Recrutement et Statut des médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques

Décret du 5 avril 1937

Le Président de la République française,

Vu la loi du 30 juin 1838 et l'ordonnance du 18 décembre 1839 ;

Vu le décret du 2 février 1910 et les décrets qui l'ont modifié ;

Vu le décret du 3 janvier 1922, modifié par ceux des 26 décembre 1922, 14 octobre 1924, 18 mai 1926, 27 mai 1926, 15 avril 1927, 29 juin 1930 et 2 mai 1935 ;

Vu le décret du 22 janvier 1937 fixant le recrutement et le statut des médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques de la Seine et le décret du 17 mars 1937 qui l'a modifié ;

Sur le rapport du Ministre de la santé publique,

Décrète :

Art. 1^{er}. — Les établissements publics ou privés en faisant fonction, créés en application de la loi de 1838, prendront la dénomination d'hôpitaux psychiatriques.

Art. 2. — Les médecins des hôpitaux psychiatriques sont recrutés au moyen d'un concours général sur épreuves pour les postes du cadre des départements et de concours spéciaux sur titres pour les postes du cadre de la Seine.

Art. 3. — Les vacances de poste de médecin directeur ou de médecin chef de service sont annoncées par les soins du Ministère de la santé publique, par voie d'insertion au *Journal officiel*.

Un délai de vingt jours est fixé pour faire acte de candidature à partir de cette publication.

Art. 4. — Les avancements de classe sont, sous réserve des dispositions de l'article 5, prononcés par le Ministre après deux ans au moins d'ancienneté dans la classe inférieure.

Les médecins appartenant à la première classe sont promus à la classe exceptionnelle après deux ans au moins de service dans cette classe et vingt ans de services civils et militaires.

Art. 5. — Les mesures disciplinaires applicables au personnel médical des hôpitaux psychiatriques sont :

1^o L'avertissement ;

2^o La censure ;

3^o L'ajournement pendant trois ans au plus d'une promotion à la classe supérieure ;

- 4° Le déplacement ;
- 5° La rétrogradation de classe ;
- 6° La mise en disponibilité d'office ;
- 7° La radiation des cadres ;
- 8° La révocation.

Ces mesures sont appliquées par le Ministre, sur la proposition du directeur de l'hygiène, de l'assistance et, sauf pour l'avertissement et la censure, après avis motivé d'un conseil de discipline composé comme suit :

Le directeur général de l'hygiène et de l'assistance, président.

Le directeur adjoint de l'hygiène et de l'assistance.

Un inspecteur général des services administratifs.

Les trois médecins directeurs ou médecins chefs de service qui font partie de la commission prévue à l'article 6 ci-après.

Dans tous les cas, l'intéressé doit être préalablement invité à prendre communication de son dossier, conformément aux prescriptions de l'article 65 de la loi du 22 avril 1905, et à fournir ses justifications écrites.

Il peut demander à être entendu et à se faire assister d'un défenseur dont la désignation, à moins qu'il ne s'agisse d'un avocat, est soumise à l'agrément du président.

Les médecins mis d'office en disponibilité ne reçoivent pas de traitement, ils peuvent être réintégrés sur leur demande après avis conforme de la commission prévue à l'article 6 ci-après.

Art. 6. — Il est institué au Ministère de la santé publique une commission médicale composée ainsi qu'il suit :

Un conseiller d'Etat nommé pour trois ans par le Ministre, président.

Le directeur de l'hygiène et de l'assistance au Ministère de la santé publique.

Le directeur adjoint de l'hygiène et de l'assistance.

Un inspecteur général des services administratifs nommé pour trois ans par le Ministre.

Trois délégués du Ministre, nommés pour trois ans, dont deux psychiatres, appartenant soit au corps des médecins des hôpitaux psychiatriques, soit au corps des médecins des hôpitaux de l'assistance publique de Paris, soit au corps enseignant dans une Faculté de médecine, en exercice ou en retraite.

Trois médecins directeurs ou médecins chefs de service des hôpitaux psychiatriques, en activité de service, élus pour trois ans par leurs collègues.

Il est en outre nommé un suppléant :

C'est le médecin classé le quatrième d'après le nombre des suffrages.

L'élection des représentants du personnel médical a lieu au scrutin de liste par correspondance. Nul n'est élu s'il n'a obtenu, au premier tour de scrutin, la moitié plus un des suffrages des électeurs inscrits, au deuxième tour la moitié plus un des suffrages exprimés, au troisième tour, la majorité relative.

Le dépouillement du scrutin est opéré au Ministère de la santé publique par les soins d'une commission composée du directeur adjoint de l'hygiène et de l'assistance ou de son délégué et de deux médecins du cadre.

La commission médicale donnera son avis sur toutes les questions concernant le recrutement, le classement, la discipline, les traitements du person-

nel médical des hôpitaux psychiatriques, sur les questions concernant les médecins des établissements privés et sur toutes les affaires qui lui seront renvoyées soit par le Ministre de la santé publique, soit par le directeur général de l'hygiène et de l'assistance.

Lorsque la commission est saisie d'une affaire concernant un de ses membres élus ou un médecin d'un hôpital psychiatrique auquel l'un de ceux-ci est attaché, ledit membre est récuse de plein droit.

Art. 7. — Le titre de médecin des hôpitaux psychiatriques ne sera acquis que par les médecins ayant exercé ces fonctions pendant une période d'un an au minimum.

Art. 8. — Il est procédé à la nomination des médecins par arrêté ministériel après avis de la commission prévue à l'article 6 en ce qui concerne les villes de Faculté et les villes de plus de 30.000 habitants. Leurs services courent à partir de cette date.

Art. 9. — En attendant leur nomination à un poste définitif, les candidats admis peuvent être appelés d'office par le Ministre à assurer, dans l'intérêt du service, les remplacements et suppléances.

Ces emplois provisoires ne peuvent être attribués pour une durée supérieure à une année.

La désignation d'office ne s'exerce toutefois qu'à défaut d'acceptation des candidats admis et pressentis dans l'ordre de classement.

Les services ainsi rendus par les médecins acceptant un poste dans lequel ils ne sont appelés provisoirement que pour faire un remplacement ou par les médecins désignés d'office à cet effet, sont reconnus au nombre de ceux qui doivent entrer en ligne de compte dans le calcul de la valeur ou de l'ancienneté des services pour le choix des postes.

Les médecins appelés à un poste provisoire conservent le droit au choix d'un poste définitif suivant leur rang de classement.

Art. 10. — Les médecins des hôpitaux psychiatriques nommés au concours remplissent, dans leurs services respectifs, les attributions confiées aux médecins en chef par la législation et les règlements applicables aux Asiles d'aliénés.

Ils sont chargés de la direction des hôpitaux psychiatriques. Seuls, les établissements de plus de mille malades pourront être confiés à des directeurs administratifs, sous réserve, toutefois, du maintien des situations acquises.

Ils pourront assurer le fonctionnement des consultations externes et de dispensaires d'hygiène mentale créés, dans chaque département, en liaison avec les services d'inspection départementale d'hygiène et d'inspection médicale des écoles.

Art. 11. — Nul ne pourra obtenir l'autorisation d'exercer les fonctions de médecin ou de médecin directeur dans un Asile privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique public s'il n'a subi avec succès les épreuves du concours précité.

Les docteurs en médecine français qui n'auront pas subi les épreuves du concours pourront, en conformité des articles 17, 18 et 19 de l'ordonnance du 18 décembre 1839 et sur l'avis favorable de la commission médicale prévue par l'article 6 du présent décret, être autorisés à diriger un établissement privé destiné au traitement des aliénés ou y être agréés comme médecins.

Les médecins nommés dans un Asile privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique public et les médecins agréés dans un établissement privé en application des dispositions du présent article ne pourront continuer à exercer leur fonction au delà de l'âge limite fixé pour la retraite de médecin du cadre.

Art. 12. — Les médecins des hôpitaux psychiatriques pourront, sur leur demande, être mis à la disposition du Ministre de la justice pour remplir les fonctions de médecin psychiatre dans les établissements pénitentiaires.

Art. 13. — Les médecins à la retraite pourront sur leur demande et en conformité avec les lois sur le cumul être chargés de fonctions auxiliaires telles que consultations, travaux de laboratoire, cours, etc...

Art. 14. — La date du concours annuel est fixée par un arrêté ministériel publié au *Journal officiel* deux mois au moins à l'avance. Cet arrêté détermine le nombre des postes de médecins d'hôpitaux psychiatriques mis au concours.

Ce nombre pourra être augmenté à raison de nouvelles vacances ou prévisions de vacances, par arrêté supplémentaire pris avant l'ouverture du concours.

Exceptionnellement le Ministre de la santé publique peut décider, sur l'avis conforme de la commission médicale prévu à l'article 6, et par arrêté publié au *Journal officiel* le 31 décembre au plus tard, qu'il n'y a pas lieu d'instituer un concours pour l'année suivante.

Art. 15. — Nul ne peut être admis à subir les épreuves du concours s'il ne justifie de la nationalité française, de la possession du diplôme d'Etat de docteur en médecine, s'il n'a satisfait aux obligations légales relatives au recrutement de l'armée et s'il a plus de trente-deux ans au 1^{er} janvier de l'année du concours.

Cette limite d'âge est prolongée d'une durée égale à celle des services militaires.

Toutefois, pour les concours qui auraient lieu au cours des années 1938, 1939 et 1940, la limite d'âge pour l'inscription au concours reste fixée à trente-trois ans.

Quinze jours au moins avant l'ouverture du concours, le Ministre arrête la liste des candidats admis à concourir et fait connaître à chaque postulant la suite donnée à sa demande. Cette liste est déposée à la direction de l'hygiène et de l'assistance où toute personne peut en prendre connaissance.

Art. 16. — Le jury du concours comprend :

- 1° Un délégué du Ministre ;
- 2° Un membre de l'inspection générale des services administratifs ;
- 3° Un conseiller technique sanitaire du Ministère de la santé publique spécialisé en psychiatrie, ou un médecin des hôpitaux choisi par le Ministre ;
- 4° Cinq médecins directeurs et médecins chefs de service dont deux exerçant dans le département de la Seine désignés par le sort parmi les catégories ci-après : médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques, médecins chefs de l'hôpital Henri-Rousselle, quartiers d'hospice de Bicêtre et de la Salpêtrière, médecins de l'infirmerie spéciale de la préfecture de police ;
- 5° Un professeur d'une Faculté de médecine possédant un enseignement psychiatrique, titulaire ou adjoint, agrégé ou chargé de cours, spécialisé en médecine mentale et proposé par le doyen de la Faculté.

La Faculté appelée à fournir un membre du jury sera désignée par voie de tirage au sort. La Faculté qui aura été représentée dans le jury ne pourra figurer sur les listes de tirage au sort des trois concours suivants ;

6° Le chef du 1^{er} bureau de la direction de l'hygiène et de l'assistance.

En outre, un secrétaire administratif est désigné par arrêté ministériel pour assister le jury dans les diverses opérations du concours.

En vue des tirages au sort prévus par les paragraphes 4° et 5° ci-dessus, il sera établi trois listes différentes pour les Facultés, pour les médecins exerçant dans le département de la Seine et pour les médecins exerçant dans les autres départements. Tous les médecins appartenant aux diverses catégories énumérées au paragraphe 5 comptant au moins trois ans de services dans leur grade seront inscrits sur les listes de tirage au sort.

Les médecins désignés par le sort pour le jury ne peuvent figurer sur la liste de tirage au sort des trois concours suivants.

Le tirage au sort est effectué en séance publique aussitôt après la clôture du registre des inscriptions, par un inspecteur des services administratifs, désigné par le Ministre, assisté d'un représentant du Ministre et d'un médecin du cadre des hôpitaux psychiatriques.

Tout degré de parenté ou d'alliance entre un concurrent et l'un des membres du jury ou entre les membres du jury, donne lieu à récusation d'office de la part de l'administration.

Art. 17. — Les épreuves ont lieu à Paris. Elles sont au nombre de huit dont six épreuves d'admissibilité et deux épreuves définitives.

Les épreuves d'admissibilité comprennent :

1° Une question écrite sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux ; il est accordé trois heures pour la rédaction. Le maximum des points est de 30 ;

2° Une question écrite portant sur la pathologie mentale comportant l'exposé de toutes les connaissances liées à la question, tant au point de vue de la clinique, des méthodes, de la prophylaxie, de l'assistance et de la thérapeutique, qu'au point de vue des recherches de laboratoire et d'anatomopathologie. Il est accordé trois heures pour cette épreuve. Le maximum des points est de 30 ;

3° Une question écrite de pathologie interne ou d'hygiène hospitalière pour laquelle il est accordé deux heures. Le maximum de points est de 20 ;

4° Une question écrite d'ordre administratif portant sur l'organisation et le fonctionnement des hôpitaux psychiatriques et des services ouverts, ainsi que la législation applicable aux aliénés. Pour cette épreuve, il est accordé deux heures. Le maximum des points est de 20.

Les copies ne doivent porter ni nom ni signalement ; elles doivent être écrites lisiblement et revêtues d'une devise qui est reproduite sur une feuille de papier signée du candidat et mise par lui dans une enveloppe cachetée ;

5° Une appréciation des titres et travaux scientifiques. Le maximum des points est de 20 ;

6° Une appréciation des services hospitaliers. Le maximum des points est de 10.

Les stages accomplis comme interne ne seront pris en considération que s'ils ont une durée de deux ans au moins dans un établissement public consacré au traitement des aliénés, y compris l'hôpital Henri-Rousselle et

la clinique des maladies mentales d'une Faculté de médecine, dans un hôpital privé ou quartier d'hospice faisant fonction d'hôpital psychiatrique.

Le jury doit procéder aux épreuves sur titres aussitôt après la correction des épreuves écrites, c'est-à-dire alors qu'elles sont encore sous l'anonymat.

Art. 18. — Les épreuves définitives comprennent :

1° Une épreuve clinique orale, qui porte sur un seul malade, aux points de vue suivants : diagnostic, pronostic, traitement, interprétation précédée ou non de l'exécution d'une épreuve élémentaire de laboratoire, si le jury le demande, assistance dans un quartier fermé ou dans un service ouvert. Il est accordé trente minutes pour l'examen du malade, vingt minutes de réflexion et quinze minutes d'exposition ;

2° Une épreuve clinique écrite, qui porte sur un seul malade aux points de vue suivants : diagnostic de l'état mental d'un sujet et détermination des conséquences qui en découlent au point de vue de la législation civile et criminelle. Il est accordé vingt minutes pour l'examen du malade et une heure pour la rédaction de la consultation.

Pour chacune de ces deux épreuves définitives, le maximum de points est de 40.

Art. 19. — La police générale du concours est confiée au jury qui, notamment, détermine les règles à appliquer à la remise et à la lecture des copies, indique l'ordre des épreuves, désigne les services où seront subies les épreuves cliniques, fixe le choix des malades, détermine la nature des renseignements ou documents qui peuvent être remis aux candidats pour les épreuves cliniques, et prend toutes les dispositions utiles pour assurer la régularité et la sincérité du concours.

Art. 20. — Chaque candidat remet au moment de son inscription une déclaration écrite par laquelle il fait connaître s'il est ou non dans ses intentions, en cas de succès, d'occuper un poste de médecin dans un hôpital psychiatrique.

Art. 21. — Nul n'est admis s'il n'a obtenu un nombre de points au moins égal au minimum fixé par le jury, ce minimum ne pouvant en aucun cas être inférieur à la moitié du total des maxima prévus.

Les candidats sont classés d'après le nombre de points obtenus. La liste dressée par le jury ne peut comprendre un nombre de candidats supérieur à celui prévu par l'arrêté fixant l'ouverture du concours.

Toutefois, si parmi les candidats classés sur la liste, il s'en trouve ayant déclaré ne pas vouloir occuper momentanément de poste, le jury ajoute à la liste un nombre égal de candidats en suivant l'ordre établi par le nombre de points obtenus.

Art. 22. — Les candidats choisissent les postes vacants d'après leur ordre de classement au concours.

Tout candidat qui n'accepte pas de poste ou qui, ayant accepté un poste, ne l'occupe pas effectivement, est considéré comme renonçant aux droits qu'il tient du concours, à moins qu'il ne soit chef de clinique titulaire ou chef de clinique adjoint en fonctions, nommé au concours dans une Faculté de l'Etat, ou qu'il occupe un emploi de médecin nommé au concours dans l'un des services de l'hôpital Henri-Rousselle.

Dans tous les cas, cette possibilité de renonciation ne peut être invoquée par les candidats pendant une durée supérieure à trois ans.

Art. 23. — Les dispositions du présent décret relatives au concours des médecins des hôpitaux psychiatriques entreront en vigueur à partir des concours de 1938.

Art. 24. — Les classes et traitements des médecins directeurs et médecins chefs de service des hôpitaux psychiatriques du cadre général sont fixés à comme suit :

6 ^e classe	31.000 francs
5 ^e classe	34.000 francs
4 ^e classe	37.500 francs
3 ^e classe	41.000 francs
2 ^e classe	45.000 francs
1 ^{re} classe	49.000 francs
Classe exceptionnelle	53.000 francs

A ces traitements s'ajoutent la jouissance des allocations en nature déterminées par le règlement de chaque hôpital psychiatrique (logement, chauffage, éclairage, etc.), ainsi qu'une indemnité éventuelle de fonction fixée par le conseil général pour ceux des médecins chefs de service nommés en même temps directeurs.

Art. 25. — Sont rapportés les décrets des 3 janvier 1922, 26 décembre 1922, 14 octobre 1924, 18 mai 1926, 27 mai 1926, 15 avril 1927, 21 juin 1927, 29 juin 1930 et 2 mai 1935, et, en général, toutes dispositions antérieures contraires à celles du présent décret.

Art. 26. — Le Ministre de la santé publique est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 5 avril 1937.

Albert LEBRUN.

Par le Président de la République:

Le Ministre de la Santé publique,
Henri SELLIER.

Concours pour 7 postes de Médecin des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

Un concours sur titres pour la nomination à sept emplois de médecin-chef de service des Hôpitaux psychiatriques de la Seine, s'ouvrira à la Préfecture de la Seine, à Paris, *le vendredi 25 juin 1937* dans les conditions fixées par les décrets des 22 janvier et 17 mars 1937 et par l'arrêté préfectoral du 5 avril 1937.

Les candidats devront, pour être inscrits au concours, produire les pièces suivantes :

- 1^o Demande sur papier timbré ;
- 2^o Expédition de l'acte de naissance ;
- 3^o Diplômes et certificats justifiant de la qualité requise ainsi que des situations occupées antérieurement avec mention, le cas échéant, de l'affiliation à une caisse des retraites. (Les certificats d'exercice doivent être délivrés par le Préfet du Département où le candidat exerce ou a exercé ses fonctions).

Les demandes seront adressées par lettre recommandée à la Préfecture de la Seine (Bureau des Etablissements départementaux d'assistance, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau). Elles seront reçues jusqu'au 10 juin 1937. Toute demande parvenue après cette date ne pourra être accueillie.

Les candidats dont le nom figurera sur la liste arrêtée par M. le Ministre de la Santé publique en seront avisés par lettre recommandée. Ils devront déposer au plus tard le 23 juin, à la Préfecture de la Seine (Bureau des Etablissements départementaux d'assistance, 2, rue Lobau, escalier A, 2^e étage, porte 227), sous pli cacheté et revêtu de leur signature pour être soumis au Jury tous documents et notes qu'ils jugeront utiles.

Le règlement du concours fait l'objet d'un décret en date du 22 janvier 1937, inséré au *Journal Officiel* du 6 février 1937 (1), modifié par le décret 17 mars 1937, inséré au *Journal Officiel* du 26 mars 1937.

Décret du 17 mars 1937 (inséré au *Journal Officiel*, du 26 mars 1937).

Le Président de la République française,

Vu la loi du 30 juin 1838 et l'ordonnance du 18 décembre 1839 ;

Vu le décret du 22 janvier 1937 fixant le recrutement et le statut des médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques de la Seine ;

Sur le rapport du Ministre de la Santé publique,

DÉCRÈTE :

Article premier. — L'article 7 du décret du 22 janvier 1937 précité est modifié ainsi qu'il suit :

Art. 7. — Le jury du concours est composé de la manière suivante :

1^o le directeur général de l'hygiène et de l'assistance au Ministère de la Santé publique ; 2^o un délégué du ministre ; 3^o un membre de l'inspection générale des services administratifs, médecin, nommé par le Ministre ; 4^o un conseiller technique du Ministère de la Santé publique, spécialisé en psychiatrie ; 5^o quatre médecins-directeurs ou médecins en chef du cadre de la Seine (le professeur de clinique des maladies mentales fait partie de cette catégorie) ; 6^o deux médecins-directeurs ou médecins en chef du cadre général des hôpitaux psychiatriques ; 7^o un médecin-directeur ou médecin en chef appartenant à l'une des catégories suivantes : hôpital Henri-Rousselle, maison nationale de Saint-Maurice, quartiers d'hospice de Bicêtre et de la Salpêtrière, infirmerie spéciale de la préfecture de police ; 8^o un médecin désigné par le Ministre parmi les catégories visées au paragraphe 4 de l'article 5 ; 9^o le directeur adjoint de l'hygiène et de l'assistance au Ministère de la Santé publique ; 10^o le sous-directeur chargé de l'assistance départementale à la préfecture de la Seine ; 11^o le chef du 1^{er} bureau de la direction de l'hygiène et de l'assistance au Ministère de la Santé publique ; 12^o le chef du 3^e bureau de l'assistance départementale à la préfecture de la Seine.

En outre, un secrétaire administratif est désigné par arrêté du préfet de la Seine, pour assister le jury dans les diverses opérations du concours.

Deux suppléants des médecins-directeurs et des médecins en chef du cadre général et du cadre de la Seine seront désignés par le sort parmi les méde-

(1) Voir *Annales Médico-Psychologiques*, février 1937, pages 347-350.

cins-directeurs, médecins chefs du cadre des hôpitaux psychiatriques de la Seine et parmi les médecins-directeurs et médecins-chefs du cadre général.

Il sera procédé à des tirages au sort complémentaires pour le cas où les médecins désignés une première fois seraient empêchés.

Le Ministre désigne le président du jury.

Art. 2. — Le Ministre de la Santé publique est chargé d'assurer l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 17 mars 1937.

A. LEBRUN.

Par le Président de la République :

Le Ministre de la Santé publique,

Signé : H. SELLIER.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Conseil Supérieur de l'Assistance publique

Le Conseil supérieur de l'Assistance publique, dans sa session du 11 février 1937, a adopté à l'unanimité les conclusions suivantes du rapport présenté par M. HAYE et le Docteur LAUZIER :

« Le Conseil supérieur de l'Assistance publique,

Entendu le rapport présenté sur l'organisation de la prophylaxie des troubles mentaux dans le cadre départemental,

Estime : Qu'en dehors du projet de loi sur la réforme de la loi de 1838, il serait opportun que M. le Ministre de la Santé publique :

1° Provoque par *circulaire* la création dans chaque département d'un service de prophylaxie mentale dirigé par un médecin des Asiles d'aliénés, en liaison avec les organismes déjà existants : Asile départemental et ses médecins, Office d'hygiène sociale et ses dispensaires, Inspection départementale d'hygiène, ainsi que l'organisation et le développement éventuel du placement familial.

2° Insère dans le *projet de décret* actuellement en préparation sur le statut des médecins des hôpitaux psychiatriques quelques dispositions sur l'organisation de la prophylaxie mentale, ainsi que l'indication du nombre maximum de malades à confier à chaque médecin. »

Œuvre de patronage et asile pour les aliénés indigents qui sortent convalescents des Asiles publics du département de la Seine

Actuellement sous la présidence de M. le Dr VIGNAUD, l'Œuvre de patronage et asile pour les aliénés indigents qui sortent convalescents des asiles publics du département de la Seine, 52, rue du Théâtre, Paris, (XV^e arr.), a été reconnue comme établissement d'utilité publique, par décret du 16 mars 1849.

« Affirmer la raison des convalescents d'aliénation mentale, les prémunir contre la misère et toutes ses funestes conséquences ; les moraliser ; les

protéger contre les préventions de leurs familles et de la société ; les faire accepter pour ce qu'ils sont redevenus, des êtres raisonnables que le malheur a rendus sacrés pour tous ; les suivre avec intérêt dans les différentes positions qu'ils occupent ; patronner les enfants, pour imprimer à leurs idées, à leurs sentiments, la direction la plus convenable, et empêcher ainsi le développement des prédispositions héréditaires, tels sont les résultats que s'efforce d'obtenir l'*Œuvre de Patronage* des aliénés convalescents. »

L'*Œuvre* se compose de *membres perpétuels*, de *membres titulaires* et de *souscripteurs* en nombre illimité. Le titre de membre perpétuel s'acquiert par la concession d'une rente annuelle et perpétuelle de quinze francs ou par le don d'un capital de trois cents francs au moins. La qualité de membre titulaire est acquise pour toute personne payant une souscription de trente francs au moins.

La qualité de souscripteur appartient aux *bienfaiteurs* de l'*Œuvre* qui paieront annuellement une somme moindre. *Trésorier* : M. le D^r ARNAUD.

Quelle institution mérite mieux d'obtenir le concours et l'appui de tous ceux dont la charité intelligente et réfléchie cherche non seulement à soulager les misères présentes, mais à remédier aux causes mêmes de ces infortunes ?

Toutes les personnes qui voudront s'associer aux bienfaits de l'*Œuvre du Patronage* sont instamment priées d'adresser leurs dons ou souscriptions à Mme la Supérieure de l'Asile-Ouvroir Sainte-Marie, à Paris, rue du Théâtre, 52 (XV^e arr.).

UNIVERSITÉ DE WASHINGTON

Nécrologie

M. le D^r WILLIAM A. WHITE, Surintendant de l'hôpital Sainte-Elisabeth, Professeur de psychiatrie à l'Université de Washington.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (personnel intéressé). — 54.407

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LA DÉMENCE SÉNILE SANS ATHÉROME CÉRÉBRAL

*Ses rapports avec la maladie d'Alzheimer et la maladie
de Pick. Considérations sur les encéphaloses.*

PAR

L. MARCHAND

Parmi les processus de sénescence cérébrale aboutissant à un état démentiel, la clinique et l'anatomie pathologique permettent de distinguer deux groupes bien individualisés ; d'une part, les cas dans lesquels l'artério-sclérose cérébrale semble conditionner les lésions diffuses encéphaliques, d'autre part les cas dans lesquels l'atrophie cérébrale plus ou moins massive, sans trace d'athérome cérébral, est la lésion dominante. Entre ces deux formes, il existe des cas intermédiaires, des cas frontières où les deux processus se confondent.

Dans ce mémoire, nous n'étudierons que la démence sénile sans athérome, basant nos recherches sur six sujets qui répondaient exactement à cette forme. Ce petit nombre d'observations est dû à ce que nous n'avons retenu que les cas concernant des

malades non syphilitiques, non alcooliques, n'ayant subi aucun trauma cranien et n'ayant jamais été atteints de troubles mentaux avant le début de la démence sénile. Nous avons écarté également les cas dans lesquels il existait des lésions rénales, cardiaques ou hépatiques pouvant jouer un rôle dans la pathogénie des troubles mentaux. C'était nous mettre dans les meilleures conditions pour préciser le mode de développement et les caractères des lésions conditionnant cette maladie mentale.

D'après les nombreuses autopsies que nous avons pratiquées, nous pouvons établir que cette forme de démence sénile est rare chez l'homme dont les artères cérébrales présentent si fréquemment des lésions athéromateuses. Elle est, au contraire, commune dans l'autre sexe, ce qui explique que nos six observations ont trait à des femmes.

Notre étude a été rendue délicate par le fait que l'on est encore peu fixé sur les modifications nerveuses normales physiologiques en rapport avec la vieillesse. Si nous nous en rapportons aux nombreux exemples de grands hommes qui, après l'âge de 75 ans, mettant à profit les connaissances qu'ils ont acquises, enrichissent de leurs travaux remarquables, de découvertes importantes, le patrimoine de la science, si nous tenons compte des exemples, que nous avons autour de nous, de sujets qui, malgré un âge avancé, ont conservé intactes leurs facultés intellectuelles, on peut en déduire que, de toutes les cellules qui composent l'organisme, les cellules psychiques sont celles qui doivent présenter le moins de modifications sous l'influence de la vieillesse. Les cellules nerveuses naissent, s'accroissent, mais ne se multiplient pas et, parmi elles, les cellules psychiques, si elles ne sont pas tarées originellement ou au cours de la vie, doivent conserver leurs fonctions intactes jusqu'à l'extrême vieillesse.

Morel et Ferrus soutenaient que « beaucoup de vieillards, malgré la diminution de la vivacité de leurs souvenirs et de leurs impressions, conservent l'énergie de leurs facultés » (1). La vieillesse est un état physiologique, une étape de l'évolution individuelle. Il n'y a pas plus de caractères pathologiques dans le comportement du vieillard normal que dans celui de l'enfant normal ou de l'homme mûr normal. Il n'y a que des différences psychologiques et souvent même à l'avantage de l'homme âgé.

Le corps peut présenter tous les signes de la plus grande décrépitude et le cerveau psychique conserver encore une vitalité

(1) A. RITTI. — Les psychoses de la vieillesse. *Congr. des Méd. alién. et neur.*, Bordeaux, 1895.

absolument normale. Il est faux de dire, d'un vieillard dont la mémoire s'affaiblit, que c'est un effet de l'âge ; il s'agit de modifications cérébrales qui, si elles revêtent une marche progressive, forment le substratum anatomique de la première étape de la démence sénile avec ses diverses variétés.

Les recherches sur l'affaiblissement sénile des facultés intellectuelles sont nombreuses, et cependant, l'accord est loin d'être fait sur le mode d'évolution des processus cérébraux qui le conditionne. Cela tient à ce que, sous le terme de démence sénile, on a classé tous les cas d'affaiblissement intellectuel survenant chez des vieillards et on a confondu, dans le même groupe, les formes artériopathiques avec leurs lésions si diverses et si grossières et la démence sénile pure, simple, sans athérome, mêlant ainsi les lésions dégénératives primitives avec les lésions secondaires aux troubles circulatoires.

Le but de ce travail est de montrer comment, cliniquement, évolue la démence sénile sans athérome cérébral, d'en préciser les lésions cérébrales, de montrer ses rapports avec d'autres maladies cérébrales purement dégénératives (encéphaloses). Voici les six observations résumées sur lesquelles seront basées nos considérations anatomo-cliniques :

OBS. I. — La malade Kas., âgée de 76 ans, entre à l'Asile Ste-Anne le 28 septembre 1926, venant de l'hôpital de la Charité, et à l'asile de Villejuif le 2 octobre 1926.

Le certificat d'entrée est ainsi conçu : « Démence sénile. Affaiblissement général. Contusion de la tempe gauche par chute. Temp. 38°. »

La malade, ancienne domestique, veuve depuis plusieurs années, vivait chez sa fille mariée. Atteinte de grippe, elle a été hospitalisée il y a un mois à l'hôpital de la Charité. Elle a manifesté à l'hôpital de l'agitation nocturne et surtout « des idées de fuite » qui ont nécessité son internement.

Elle n'aurait jamais eu de maladies graves. Elle n'a jamais présenté de crises nerveuses, ni de paralysie.

L'affaiblissement intellectuel a débuté il y a un an par des troubles de la mémoire et de l'orientation. Kas. ne voulait plus sortir seule car elle se perdait dans la rue. On ne pouvait la laisser sans surveillance dans l'appartement parce qu'on craignait qu'elle laissât le gaz ouvert. Affectivité bien conservée, mais désintérêt pour les occupations habituelles. Depuis plusieurs mois, inertie complète, paroles rares. Accès de somnolence passagers.

D'après sa fille, la mère de la malade serait également « tombée en enfance » vers l'âge de 60 ans.

A son entrée, on constate un affaiblissement considérable des facultés intellectuelles. La malade ne peut dire ni son âge, ni sa date de

naissance. Elle peut toutefois donner son adresse exacte. Elle ne se rend pas compte de l'endroit où elle se trouve. Elle demande à rester là où elle est jusqu'à sa mort. Elle ne se trouve pas malade, mais elle a de temps en temps « des lancements » dans les jambes. Elle ne sait ni l'année ni le mois actuels. Elle reconnaît qu'elle a des troubles de la mémoire et qu'ils sont dus à de grandes contrariétés. Radotage.

On ne note aucune idée délirante.

Kas... a dû être agitée car elle porte des contusions multiples sur les membres et une contusion étendue au niveau de la région temporo-malaire gauche.

Aucun trouble de la parole ; l'élocution est facile. Les réflexes patellaires et achilléens paraissent abolis. La marche est normale ; aucun symptôme d'ataxie ; pas de Romberg. Aucun signe de paralysie. Pas d'apraxie. Amyotrophie généralisée.

Les pupilles réagissent faiblement à la lumière. Taie de l'œil droit.

Pouls normal ; pression artérielle basse (— 7 + 11). Rien au cœur. Quelques râles de bronchite. Traces indosables d'albumine dans les urines. Pas de sucre.

Amaigrissement considérable. Poids : 39 kgs.

Les jours suivants, la malade est calme ; elle s'alimente seule ; elle est propre. Elle ne demande jamais rien et ne parle pas. La température oscille entre 37° et 37°6.

Le 5 octobre, Kas. est très oppressée. Les crachats sont hémoptoïques. On constate les symptômes d'une pneumonie du sommet gauche. La température oscille entre 38° et 39°. Pouls filiforme. Décès le 7 octobre 1926.

AUTOPSIE

Encéphale. — Rien de particulier à l'ouverture du crâne. Espace considérable entre la dure-mère et la table interne crânienne.

Le cerveau pèse 1.150 gr. ; le cervelet et le bulbe 150 gr. Pie-mère normale. Circonvolutions des lobes frontaux très atrophiées séparées par des sillons très anfractueux. Sur les coupes aucune lésion localisée, mais les ventricules latéraux sont très distendus. Aucune trace d'athérome. Pas de granulations du plancher du quatrième ventricule.

Organes. — *Poumons* : pneumonie du sommet du poumon gauche à la phase d'hépatisation.

Cœur : 655 gr. Quelques plaques d'athérome au niveau de la crosse aortique.

Foie : 1.350 gr. Apparence normale.

Reins : le droit pèse 95 gr., le gauche 105. Ils apparaissent légèrement sclérosés.

Rate : 80 gr.

Pancréas : 65 gr.

Utérus : fibromateux.

Les surrénales et la glande thyroïde ne présentent aucune lésion macroscopique. Thyroïde : 18 gr.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Encéphale. — Cerveau. Pas de lésion de la pie-mère. Parois vasculaires normales. Aucun épaississement.

Dans la couche moléculaire, les cellules névrogliques situées à la périphérie sous la pie-mère cérébrale sont plus nombreuses qu'à l'état normal. Dans toute cette couche, présence de nombreux noyaux microglieux en forme de bâtonnets irréguliers, tortueux, granuleux, par-

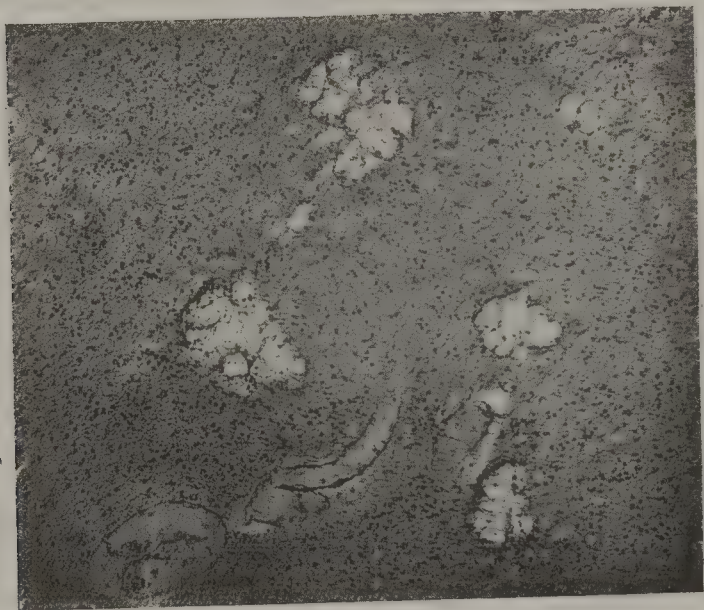


FIG. 1. — Substance blanche sous-corticale, zones de désintégration en grappes de Buscaino, ou dégénérescence mucocytaire de Grynfeldt. Méth. de Van-Gieson D = 90.

fois légèrement recourbés, sans rapport avec les vaisseaux ; ces éléments sont peu nombreux dans les autres couches du cortex et on n'en observe aucun dans la substance blanche.

Les cellules nerveuses sont très atrophiées et toutes sont pigmentées ; absence de granulations chromophiles ; nombreux corpuscules métachromatiques ; les noyaux sont souvent excentriques et déformés. Pas de neurophagie notable. Au Bielchovsky, altérations des neurofibrilles qui n'existent qu'en petit nombre dans les régions non pigmentées. On ne constate dans aucune cellule les lésions neurofibrillaires de la maladie d'Alzheimer. Pas de plaques séniles. Nombreux corpuscules amyloïdes.

Dans l'ensemble du cortex et dans la substance blanche sous-corti-

cale, les espaces péri-vasculaires sont élargis. Dans la substance blanche, raréfaction des fibres autour des vaisseaux. Quelques capillaires sont bordés de cellules rondes en palissade. Autour des veines, nombreux corps granuleux bourrés de pigment lipoïdique. L'adventice des artérioles est souvent épaissie.

Dans le cortex et dans la substance blanche sous-corticale, surtout dans cette dernière, on note la présence de zones de désintégration de formes irrégulières, formées d'une matière réfringente ne se colorant ni par le Nissl, ni par l'hématoxyline (fig. 1). Certaines sont périvasculaires, la plupart sont isolées. Ces formations écartent les fibres nerveuses. On en observe de toutes les tailles. Certaines sont formées par la réunion de plusieurs petites masses qui se sont agglomérées ; on peut encore noter entre elles quelques fibres nerveuses. Dans les zones périphériques de ces formations, présence de noyaux arrondis appartenant à des cellules névrogliques ou oligodendrogliques. Il s'agit de zones de désintégration en grappes de Buscaino ou de dégénérescence mucocytaire de Grynfeltt.

Bulbe. Atrophie des cellules des noyaux des nerfs craniens ; noyaux petits et déformés ; zone de pigment très étendue dans le cytoplasme ; aspect globuleux des cellules. Espaces périvasculaires très distendus. Réaction proliférative de l'adventice autour de nombreux vaisseaux. Nombreuses plaques de dégénérescence mucocytaire en grappes. Les cellules des olives sont peu nombreuses, et prennent à peine les colorants.

OBS. II. — La malade B. G., âgée de 76 ans, entre à l'asile de Villejuif le 22 septembre 1930 avec le diagnostic suivant : « Affaiblissement sénile des facultés mentales avec idées confuses de persécution, turbulence, insomnie, gâtisme, faiblesse musculaire. Contusions aux membres inférieurs. »

Comme tare héréditaire particulière, sa mère a présenté de l'affaiblissement intellectuel sénile, mais n'a pas été internée ; elle est morte à 80 ans.

La malade n'a jamais été malade, et jusqu'à l'âge de 72 ans, a pu mener une vie active. Son mari est mort il y a 4 ans de paralysie. Depuis elle a vécu avec ses enfants. Elle n'a jamais présenté d'ictus. Les premiers symptômes ont débuté après la mort de son mari et ont consisté en une perte progressive de la mémoire. L'affaiblissement intellectuel s'est accentué il y a plusieurs mois. La malade est devenue turbulente et voulait toujours partir sans but précis. Amaigrissement rapide.

A son entrée, la malade présente un aspect cachectique. Le poids du corps est de 42 kilogs. Elle donne son nom de dame, mais est incapable de se rappeler son nom de jeune fille. Elle donne des explications confuses sur la façon dont elle est arrivée ici ; elle est venue en voiture avec d'autres personnes, des hommes, des femmes, du côté de la rue des Orteaux. Elle donne exactement son âge, mais

ne sait plus la date de sa naissance. Elle croit que nous sommes en 1871, au mois d'avril.

Pas de fabulation.

Les calculs les plus simples sont impossibles. Elle sait que : $3 \times 8 = 24$, mais $6 \times 7 = 21$.

Les réflexes patellaires et achilléens sont faibles. Les pupilles se contractent à la lumière et sont égales. Pas d'arc sénile. Les artères radiales sont souples.

Faiblesse musculaire généralisée. La marche n'est possible que si la malade est soutenue.

Pas de troubles de la parole. Difficulté dans l'énonciation des objets. L'écriture est impossible.

Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

Le Bordet-Wassermann est négatif dans le sang.

La température est normale ; pas de gâtisme.

Le 3^e bruit du cœur est clangoreux.

Dans la suite, turbulence nocturne avec crises d'anxiété. B... ne reste pas couchée, défait son lit continuellement. Elle a peur des chiens, elle voit des bêtes. Pas de gâtisme. Affaiblissement physique rapide.

Le 8 novembre, la malade est oppressée ; on constate des râles sous-crépitaux aux deux bases. Elle meurt le 9 novembre.

AUTOPSIE

Encéphale. — Rien de particulier à l'ouverture du crâne et à l'extraction du cerveau. Les os du crâne sont minces.

Le cerveau pèse 970 gr. ; le cervelet : 145 gr.

Atrophie généralisée du cerveau ; les circonvolutions des régions frontales et pariétales sont séparées par de larges sillons recouverts de la pie-mère. La décortication est facile.

Sur les coupes aucune lésion localisée ; les ventricules latéraux sont très dilatés.

On ne constate aucune trace d'athérome, aussi bien sur les artères de la base que sur celles de la convexité.

Organes. — Cœur : 310 gr. ; léger athérome aortique.

Poumons : congestion simple aux deux bases. Emphysème aux deux sommets.

Foie : 1.250 gr. ; aspect normal.

Rate : 140 gr.

Reins : le droit pèse 80 gr. ; le gauche 95 gr. Aucune lésion macroscopique.

Pancréas : 65 gr.

Thyroïde : 20 gr.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Cerveau. — Outre les lésions cellulaires atrophiques, on note les particularités suivantes :

Dans le cortex, plaques séniles très nombreuses ; on ne peut trou-

ver un champ microscopique qui en soit dépourvu. Elles présentent les caractères habituels des plaques séniles. Certaines sont développées autour d'une cellule ganglionnaire (fig. 2). Les cellules oligodendrogliques viennent faire encoche sur le bord de la plaque.

Dans la couche moléculaire, cellules névrogliales monstrueuses par endroits ; prolongement épais venant s'appliquer sur les vaisseaux. Dans les couches des cellules pyramidales, nombreuses petites

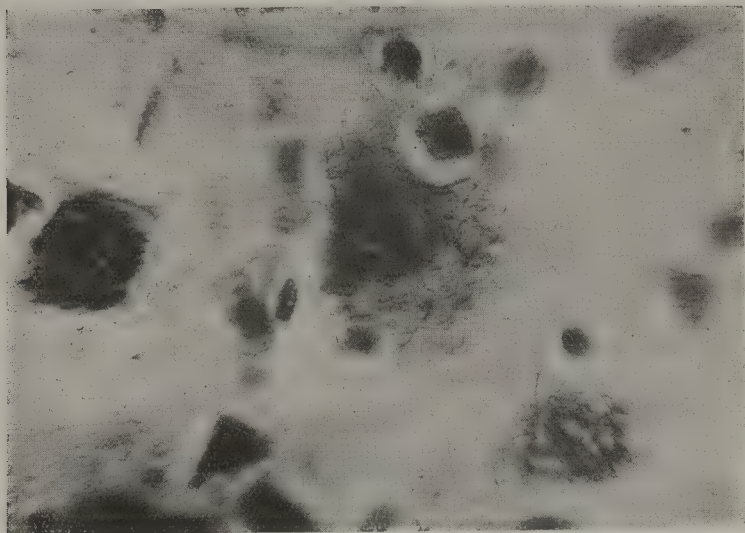


Fig. 2. — Plaque sénile développée autour d'une cellule ganglionnaire, une cellule oligodendrogliale fait encoche sur le bord de la plaque. Méth. de Hortega D = 730.

cellules névrogliales ; dégénérescence de leurs fibrilles dès qu'elles sont en rapport avec une plaque sénile (fig. 3).

Dans la substance blanche les cellules névrogliales ne paraissent pas augmentées de nombre ; mais elles sont très hypertrophiées avec de gros prolongements qui viennent s'appliquer sur les vaisseaux.

Dans la substance blanche sous-corticale, les plaques séniles présentent des caractères particuliers. Elles sont constituées par de petites zones de forme irrégulière qui à l'Hortega apparaissent composées de fibrilles fortement teintées en noir, alors que les fibres des régions avoisinantes sont colorées en brun. Les fibrilles dans les plaques séniles sont tortueuses, présentent des épaississements irréguliers, l'ensemble formant un réseau touffu qui semble constitué à la fois par les cylindraxes et les fibres névrogliales altérés. Les noyaux des cellules oligodendrogliques paraissent normaux.

Les petits vaisseaux, aussi bien dans le cortex que dans la subs-

tance blanche, sont tortueux, mais leur calibre est régulier ; dans leurs parois la réticuline est épaissie. Les veinules et les artérioles sont souvent bordées de macrophages bourrés de pigment. Les espaces péri-vasculaires ne sont pas dilatés.



FIG. 3. — Couche des cellules pyramidales moyennes. Plaque sénile bordée de deux cellules névrogliques dont les prolongements se désintègrent dès leur pénétration dans la plaque. Méth. de Weigert-Pal D = 325.

OBS. III. — La malade Sch... Julie, Alsacienne, âgée de 73 ans, entre à l'asile de Villejuif le 16 octobre 1925.

Le certificat d'admission est ainsi conçu : « Démence artériopathique. Parle sans arrêt jour et nuit, s'agite, se lève la nuit et, durant qu'elle était à l'hôpital Cochin, pénétrait dans les salles des autres malades en prétendant qu'on lui avait volé ses vêtements et d'autres objets. Perte de mémoire. Ignore le jour de la semaine, le mois, la saison : « Nous sommes en janvier. » Ne se souvient aucunement de la guerre de 1914, mais parle de celle de 1870. Déclare que sa concierge lui en veut, l'a conduite à l'hôpital et veut la voler. Gros affaiblissement intellectuel. »

A son entrée, on constate les symptômes relatés dans le certificat d'admission. Sch... est désorientée dans le temps ; elle ne peut dire le jour de la semaine. Elle donne comme date le 1^{er} décembre 1998, puis dit qu'on est en janvier ou février. Elle sait cependant qu'elle a dans les 73 ans. Elle ignore où elle se trouve, peut-être au Luxembourg ; elle ne se rend pas compte qu'elle est dans un asile. Elle croit que l'Alsace et la Lorraine ont toujours été françaises depuis 1875. « Il y avait des Allemands très gentils pendant la guerre. On les logeait et on les nourrissait. »

Suggestibilité : on lui fait dire tour à tour que la Seine se jette dans le Rhin, puis dans la Loire, et elle finit par dire qu'elle se jette dans l'eau.

Elle se lève et veut aller prendre le train qui va vers la Seine. Elle ira chercher ses clés chez sa concierge.

Vagues idées de persécution ; elle prétend qu'on l'a volée ; c'est l'assistance ; on a touché à ses objets.

Affaiblissement musculaire généralisé sans symptômes de parésie. Léger tremblement des extrémités. Les réflexes patellaires et achilléens sont normaux.

L'examen du cœur et des poumons ne décèle rien de particulier. Les urines ne renferment ni sucre ni albumine. Température normale. Arthropathie ancienne du genou droit.

Pas d'arc sénile. Poids 43 kg. 500.

Pas de gâtisme.

Aucun renseignement sur les antécédents héréditaires et personnels de la malade. Elle n'a jamais eu d'enfant. Elle est veuve depuis longtemps et elle s'est placée comme domestique.

L'affaiblissement intellectuel a débuté il y a un an environ. C'est sa concierge qui s'occupait d'elle. Elle a été placée à l'hôpital Cochin il y a une quinzaine de jours, mais on n'a pas voulu la garder. Sa concierge l'a ramenée chez elle et l'a fait conduire à l'infirmerie du dépôt, d'où elle a été transférée à l'asile Sainte-Anne puis à Villejuif.

Les jours suivants, la malade est calme, mais elle parle la nuit. On peut l'occuper à reprendre des bas et à quelques travaux de ménage.

Le 8 février 1926, symptômes d'appendicite avec fièvre qui nécessitent son transfert au pavillon de chirurgie de Sainte-Anne d'où elle revient guérie quelques jours plus tard sans avoir subi d'intervention.

L'affaiblissement intellectuel a encore progressé. On ne peut obtenir aucun renseignement sur son passé. Amnésie continue et fabulation. Elle va s'en aller à Bezons cet après-midi avec sa mère qui est venue ce matin, mais elle ne l'a pas vue. Elle a été hier chez des amis et elle a fait une bonne promenade. Ici, elle est la servante, et si quelqu'un vient, elle ira ouvrir la porte. Elle n'a aucune notion de l'heure. Tantôt elle oublie qu'elle vient de déjeuner, tantôt elle croit qu'elle sort de table alors que le repas est terminé depuis plusieurs heures. Illusions de fausse reconnaissance. Elle ne s'ennuie pas puisqu'elle est avec des amis. Bonne humeur habituelle, euphorie. « Elle aime bien parler. Elle n'aime pas les gens silencieux. » Elle est incapable de résoudre le moindre calcul mental : $6 + 7 = 7$ et $7, 14$; 14 et $14, 28$; $13 - 7 =$ il me reste alors 7 et $7 = 14$.

Affaiblissement musculaire généralisé. Les réflexes rotuliens sont faibles. Les réflexes achilléens existent. Peau ichthyosique. Pas d'arc sénile. Rien au cœur et aux poumons.

Pas de gâtisme.

Le 17 octobre 1928, fièvre et dyspnée. Congestion pulmonaire. La température oscille les jours suivants entre 38° et 39° . La malade meurt le 23 octobre 1926.

AUTOPSIE

Système nerveux. — Rien de particulier à l'ouverture de la boîte crânienne et à l'extraction de l'encéphale.

Le cerveau est manifestement atrophie. Les circonvolutions des lobes frontaux sont diminuées de volume et séparées par des sillons anfractueux. Pas d'adhérences méningées. Aucune lésion localisée sur les coupes vertico-transversales. Les noyaux gris centraux participent à l'atrophie cérébrale. Les ventricules latéraux sont très dilatés. Pas d'athérome des artères cérébrales de la convexité et de la base. Pas de granulations du plancher du quatrième ventricule.

L'hémisphère droit pèse 500 gr., le gauche 510 gr. ; le cervelet et le bulbe : 147 gr.

Organes. — *Cœur* : poids 245 gr. ; pas d'athérome aortique, ni valvulaire. Muscle mou.

Poumons : congestion des deux bases avec pus sortant des bronches quand on comprime le parenchyme.

Foie : 1.365 gr. Aspect normal.

Rate : 225 gr.

Reins : le droit pèse 110 gr., le gauche 120 gr. On ne note rien de particulier.

Thyroïde : 15 gr. *Pancréas* : 43 gr.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Cerveau. — Pie-mère très épaissie, très riche en cellules conjonctives comprises dans les strates de collagène ; elle renferme quelques corps granuleux. Elle est adhérente au cortex par endroits.

Les cellules pyramidales ont perdu leur ordination et les différentes couches se confondent entre elles. Corps cellulaire très atrophie et pauvre en prolongements. Granulations chromophiles raréfiées ; toutes les cellules renferment une zone de pigment lipodique.

Sclérose corticale ; cellules névrogliques nombreuses et petites. Cellules en bâtonnets à noyaux très tortueux, surtout abondantes dans la couche moléculaire.

Dégénérescence des grosses fibres myéliniques comprises dans la couche des fibres tangentielles ; les fines fibres sont bien conservées.

Dans tout le cortex, nombreuses plaques séniles. Dans les préparations traitées au Weigert-Pal, mais non décolorées complètement après passage dans le permanganate de potasse, on note dans les plaques des amas de granulations brunes, de différentes dimensions, présentant les caractères des granulations lipodiques (fig. 4). Ces granulations se disposent parfois en chapelet et semblent provenir d'une fibre à myéline en voie de désintégration. Si on pousse plus loin la décoloration, elles se décolorent dans le mélange acide oxalique et sulfite de potasse et, à la place de la plaque sénile, on trouve une zone dans laquelle les fibres à myéline sont disparues ou tout au moins diminuées de nombre.

Pas de lésions des parois vasculaires. Les petits vaisseaux de la substance blanche sont par endroits bordés de cellules rondes en

palissade. Autour de quelques artérioles, réaction lymphocytaire de l'adventice. Dans les régions frontales les espaces périvasculaires sont distendus.

Cervelet. — Pie-mère normale. Atrophie des cellules de Purkinje. Pas de lésions vasculaires.

Bulbe. — Pie-mère normale. Pas de dégénérescence des cordons. Les cellules des noyaux des nerfs craniens sont peu altérées. Les cellules des olives renferment toutes une zone pigmentée. Nombreux vaisseaux intrabulbaires ont leur adventice infiltrée de cellules lymphoïdes.

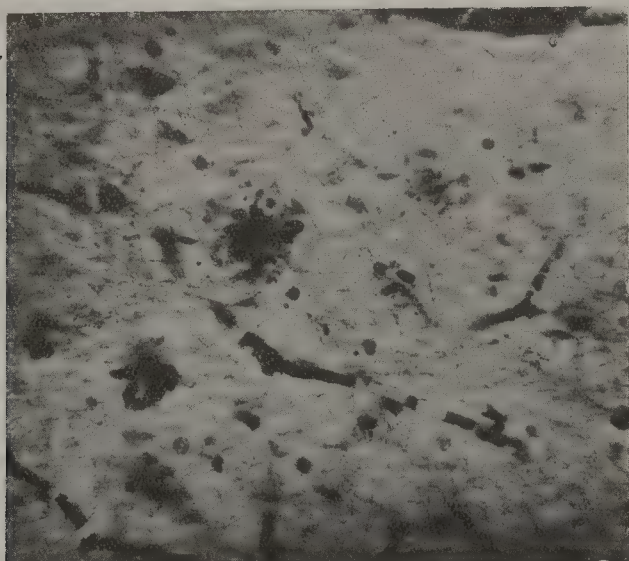


FIG. 4. — 2^e frontale droite. Plaques séniles avec grosses granulations lipoïdiques. Méth. Weigert-Pal D = 325

Organes. — *Foie* : légère sclérose périlobulaire. Quelques cellules sont atteintes de dégénérescence graisseuse.

Pancréas : lobules séparés par de grosses brides collagènes. Parenchyme normal. Nombreux corpuscules de Langerhans.

Glande thyroïde : les acini renferment de la substance colloïde en grande abondance. Pas d'autre lésion.

OBS. IV. — La malade C. E., âgée de 87 ans, entre à l'asile de Villejuif le 16 juin 1926 avec le certificat suivant : « Démence sénile, désorientation ; amnésie totale ; n'est pas gâteuse. »

Les parents de C. E. sont morts très âgés, sans que nous ayons pu obtenir plus de détails. Une sœur est décédée très âgée et démente.

La malade n'a jamais présenté de maladie grave. Elle est veuve depuis vingt ans. Elle n'a pas eu d'enfant ; pas de fausse couche.

Depuis un an, perte rapide et progressive de la mémoire. Elle a pu continuer à vivre chez elle mais ses voisins s'occupaient beaucoup d'elle. Elle n'a jamais eu de perte de connaissance, ni de paralysie.

Depuis deux mois, elle ne sortait plus. Souvent la nuit ses voisins l'entendaient marcher dans son appartement et remuer des meubles. En raison de son âge et de sa déchéance intellectuelle elle fut d'abord hospitalisée à l'hôpital Cochin ; elle fut internée ensuite à l'asile Sainte-Anne, puis à l'asile de Villejuif.

A son entrée, on est frappé par la maigreur extrême de la malade : son poids est de 27 kgs 400. Le faciès est inexpressif.

L'interrogatoire est rendu difficile parce que la malade ne comprend pas toujours ce qu'on lui dit et parce qu'elle répond par des phrases qui n'ont souvent aucun rapport avec les questions posées.

C. E. est désorientée. Elle ne sait pas où elle se trouve et ne s'en inquiète pas. Elle reconnaît cependant qu'elle est dans un hôpital et répète plusieurs fois : « l'Assistance, l'Assistance ».

La mémoire est très troublée aussi bien pour les faits anciens que récents. Elle doit avoir 85 ou 88 ans ; elle ne peut donner la date de sa naissance. Elle ignore le mois et l'année actuels. Elle ne sait d'où elle vient, ni depuis quand elle est ici. Aucune notion des événements actuels. Elle ne peut faire un simple calcul mental.

On note un certain degré d'aphasie amnésique ; une montre, un crayon, un carnet sont désignés par le mot « chose ». Elle cherche cependant à lire l'heure sur la montre. On lui met le crayon dans la main et elle trace des caractères informes quand on lui demande d'écrire son nom. Elle est incapable de lire, mais reconnaît certaines lettres.

A la question : donnez-moi la main, elle répète plusieurs fois : « la main, la main » et ne la donne pas. Elle montre la langue au commandement. Elle est incapable de faire le signe de la croix.

Pendant l'interrogatoire, C. E. tire plusieurs fois ses draps et cherche à les rouler.

Gémissements par intervalles avec occlusion des yeux, parce que, dit-elle, « le grand jour lui fait mal ».

C. E. est incapable de s'habiller seule, de faire sa toilette. Elle mange seule quand on lui met devant elle les aliments ; elle se sert normalement de la fourchette et de la cuiller.

Les réflexes patellaires et achilléens sont vifs. Réflexe cutané plantaire indifférent.

Les réflexes pupillaires sont normaux. Pas d'arc sénile. La sensibilité paraît bien conservée.

Faiblesse musculaire en rapport avec l'atrophie musculaire. La marche est possible, lente, avec appui.

Bruits du cœur normaux.

Pression artérielle : — 6 + 11.

Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

Pas de gâtisme. La température est de 36°8.

Bordet-Wassermann négatif dans le sang.

Dans la suite, turbulence diurne et nocturne. Crises de gémissements succédant à des périodes d'inertie complète pendant lesquelles la malade ne prononce aucun mot.

Le 16 août, le poids du corps a un peu augmenté, il est de 29 kg. 200.

En septembre, état grabataire avec somnolence continue. Légère congestion des bases pulmonaires.

La malade meurt le 28 septembre.

AUTOPSIE

Système nerveux. — Rien de particulier à l'extraction du cerveau de la boîte crânienne. Pie-mère blanchâtre surtout au niveau des lobes frontaux qui sont atrophiés. Légère atrophie des circonvolutions au niveau des pôles temporaux. La décortication est facile.

Sur les coupes transversales, on ne note aucune lésion. Les ventricules latéraux sont dilatés.

Les plexus choroïdes des ventricules latéraux se présentent chacun sous la forme d'un cordon formé de vésicules translucides situées les unes à côté des autres et renfermant un liquide limpide comme le liquide céphalo-rachidien. Les plus grosses ont le volume d'un petit pois. Cet aspect leur donne grossièrement l'aspect d'un collier de perles (plexus choroïdes perlés).

Le poids du cerveau est de 1.135 gr. ; cervelet et bulbe : 165 gr.

Aucune trace d'athérome aussi bien sur les artères de la base que sur celles des hémisphères cérébraux.

Cœur : poids, 465 gr. ; on ne note aucune lésion. Pas d'athérome aortique.

Poumons : Légère congestion aux deux bases. Emphysème prononcé aux sommets.

Foie : 755 gr. Aucune lésion.

Rate : 50 gr.

Reins : le droit pèse 65 gr. ; le gauche 90 gr. Aspect normal.

Thyroïde : 15 gr.

Pancréas : 40 gr.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Encéphale. — *Cerveau* : aucune lésion méningée ; pas d'épaississement. Trame conjonctive lâche dans laquelle on note la présence de nombreux macrophages. Aucune adhérence. Dans les régions motrices, présence de nombreux chromatophores très arborescents et épais.

Le cortex paraît nettement diminué d'épaisseur surtout au niveau des circonvolutions des régions frontales et motrices.

Les cellules ganglionnaires sont disposées irrégulièrement et les

différentes couches se confondent. Petites plages acellulaires. La plupart des cellules sont déformées et sont atrophiées ; elles renferment dans leur cytoplasma une zone pigmentée occupant plus de la moitié du corps cellulaire. Dans les autres parties du cytoplasma, granulations chromophiles bien conservées. Les noyaux sont situés excentriquement et paraissent de dimension normale dans la cellule atrophiée.

Dans la couche moléculaire, les cellules microgliales sont nombreuses ; leurs noyaux sont allongés et ont une apparence vermiculaire. Légère prolifération névroglique se présentant sous la forme de cellules disposées en groupes. Epaississement du plexus névroglique sous pie-mère.

Nombreux corps amylacés disséminés dans le cortex, plus abondants sous la pie-mère.

Dans la substance blanche les cellules oligodendrogliques sont plus nombreuses que normalement.

Les vaisseaux, aussi bien dans le cortex que dans la substance blanche, sont souvent bordés de cellules rondes disposées en grappes, et de corps granuleux remplis de pigment ocre. Les parois vasculaires sont épaissies. Autour des vaisseaux raréfaction du parenchyme avec dilatation des espaces périvasculaires. Quelques hémorragies diapédétiques récentes.

Au Weigert-Pal, disparition des grosses fibres tangentielles au niveau des régions antérieures des lobes frontaux ; le réseau des fines fibres est encore bien fourni.

Plexus choroïdes : aucune altération de l'épithélium épendymaire de revêtement. Les vésicules signalées à l'examen macroscopique se sont développées dans le tissu conjonctif méningé formant les assises des franges choroïdiennes. Elles ont comme parois une mince bande de tissu conjonctif qui supporte l'épithélium épendymaire et qui est très vascularisée. L'intérieur de la vésicule est divisé en logettes par de fins tractus de collagène partant de la paroi et renfermant des cellules conjonctives étoilées. Nombreux calcosphérites dans les parois.

Bulbe : nombreux chromatophores dans la pie-mère pér bulbulaire et dans l'adventice de quelques vaisseaux intrabulbaires.

Pigment dans toutes les cellules des olives et dans un grand nombre de cellules des noyaux des nerfs crâniens avec zone vacuolaire. Granulations chromophiles bien conservées dans les autres parties du cytoplasma. Epaississement de l'adventice des vaisseaux du raphé.

Organes : l'examen des organes décèle une légère sclérose de la thyroïde et du pancréas. La plupart des acini thyroïdiens sont remplis de colloïde. Nombreux îlots de Langerhans dans le pancréas.

OBS. V. — La malade R.D., âgée de 79 ans, entre à l'asile de Villejuif le 7 mars 1932 avec le certificat suivant : « Démence sénile avec idées de préjudice. Orientation défectueuse. Conscience imprécise de sa situation. »

La malade n'a plus aucun parent. Veuve depuis plusieurs années, elle vivait seule. Il y a six mois, un neveu est venu la chercher et l'a emmenée chez lui, mais 15 jours plus tard, il a été lui-même placé dans un hospice où il est mort peu après. Elle est revenue chez elle et elle a eu des ennuis avec sa propriétaire qui lui a doublé son loyer. Comme elle était sans ressources elle a été appelée chez le commissaire qui lui a demandé où elle voulait aller. Ne sachant quoi lui répondre, il l'a gardée et depuis elle est passée « dans 3 maisons », en réalité à l'infirmerie du Dépôt, à l'asile Sainte-Anne et enfin à l'asile de Villejuif. D'après ses dires, elle n'a jamais eu de maladie grave. Elle a fait une fausse-couche à 18 ans et n'a jamais eu d'autre enfant.

A son entrée, on note un affaiblissement psychique accusé. Troubles profonds de la mémoire, surtout sur les faits récents. Elle se rappelle bien en quelles années a commencé et fini la guerre, mais elle ne sait pas la date actuelle. Elle n'est pas au courant des principaux événements politiques et cependant elle lit le journal. Elle est incapable de résoudre un calcul mental simple : c'est ainsi que 8 et 5 font 24. Elle se rend compte que les malades qui sont autour d'elle ont des troubles mentaux.

Elle manifeste des idées de persécution. On l'a toujours volée depuis son mariage. Depuis quelque temps on pénétrait chez elle dès qu'elle était sortie. On lui prenait toutes sortes de choses: des livres, des couverts. Quand elle laissait de l'argent sur un meuble, elle en retrouvait bien mais ce n'était plus le même. Il y avait des trous dans tous les coins de sa porte et on exerçait une surveillance sur elle par le trou de la serrure. Quand elle ouvrait sa porte, elle entendait les individus qui se sauvaient. Elle n'était plus en sécurité. Pour se protéger contre les voleurs, elle avait attaché un double fil de fer à sa sonnette, au bouton de sa porte et au cadenas. Elle s'est ainsi trouvée en sûreté contre « toute la bande de la famille de son mari ». On a capté un héritage auquel elle avait droit.

Souvent, elle a entendu qu'on l'insultait; on la traitait de toutes sortes de noms.

Tous les matins, quand on crait l'escalier, une odeur de cadavre se répandait dans sa chambre; cela venait évidemment de la cire.

Au point de vue physique, on ne note rien de particulier. Les réflexes tendineux et pupillaires sont normaux. La force musculaire est bien conservée. La marche est normale. Pas de vertiges; pas de céphalée.

Tension artérielle (Pachon) — 10 + 19. Les artères radiales sont souples. A l'auscultation, bruits aortiques râpeux.

Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine. Bordet-Wassermann négatif dans le sang.

Les jours suivants, la malade est calme, elle s'alimente normalement. Elle est propre.

Interrogée plusieurs mois après son entrée, R.D. manifeste les mêmes idées délirantes ; toutefois elle se trouve très bien soignée ; elle a été si malheureuse et sans ressources qu'elle se trouve très satisfaite. Elle est d'ailleurs incapable de vivre sans surveillance. Il faut la diriger, s'occuper d'elle pour les soins de la toilette, pour l'alimentation. Cet état reste stationnaire dans la suite.

Le 2 mars 1926, l'affaiblissement intellectuel s'est aggravé. La malade est incapable de donner d'une façon exacte son âge, la date de sa naissance, la date actuelle. Elle reconnaît le médecin qui la voit tous les jours mais elle ignore son nom. Elle sait qu'elle est à Villejuif et qu'on y soigne les malades « qui ont perdu la tête ». Elle ignore les faits actuels, le nom du Président de la République. Elle ne peut faire une addition simple.

Elle a conservé les mêmes idées délirantes concernant les persécutions qu'elle a subies avant son internement, mais son délire n'a pas progressé ensuite. Elle ne manifeste aucune animosité contre les infirmières « qui sont toutes très gentilles ». Pas d'hallucinations auditives. Pas de gâtisme.

Le 12 décembre 1926, R.D. est atteinte de grippe avec température oscillant entre 39° et 40°. Défaillance cardiaque et congestion pulmonaire bilatérale. Mort le 19 décembre 1926 à l'âge de 83 ans.

AUTOPSIE

Encéphale : rien de particulier à l'ouverture du crâne et à l'extraction de l'encéphale.

Les méninges cérébrales ne présentent aucun épaissement. La pie-mère se décortique facilement. Les circonvolutions des lobes frontaux et des lobes pariétaux sont nettement atrophiées, séparées par de larges sillons anfractueux. Aucune lésion localisée. Ventricules latéraux dilatés. Pas de granulations du plancher du quatrième ventricule. Les artères de la base et les artères des sillons ne présentent aucune trace d'athérome.

Le cerveau pèse 1.040 gr. ; le cervelet et le bulbe : 150 gr.

Organes. — Les *poumons* sont congestionnés ; des gouttelettes de pus épais sortent des bronches moyennes quand on comprime le parenchyme (broncho-pneumonie).

Le *cœur* pèse 620 gr. Hypertrophie du ventricule gauche. Athérome et plaques calcaires au niveau des valvules sigmoïdes, des coronaires et de la crosse de l'aorte. Sclérose de la valvule mitrale.

Le *foie* est congestionné. Pas de sclérose. Poids : 1.250 gr.

Les *reins* sont également congestionnés. Le droit pèse 155 gr., le gauche : 150 gr.

Rate : 80 gr.

Thyroïde : 25 gr.

Pancréas : 80 gr.

Gros fibrome calcifié de l'*utérus*.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Encéphale. — *Cerveau* : pas de lésions méningées. Aucune adhérence méningo-corticale. Par places la couche de cellules représentant le feuillet interne de l'arachnoïde est épaissie sous forme de méningiome microscopique. Pas de lésions des parois vasculaires.



FIG. 5. — Cellules pyramidales avec disparition dans la zone pigmentée des primitives fibrilles qui sont épaissies dans le reste de la cellule. Méth. de Bielchowsky D = 730.

L'épaisseur du cortex paraît diminuée. La cyto-architecture des diverses couches corticales est modifiée. Les cellules ganglionnaires sont atrophiées. Elles renferment une zone remplie de lipochrome. Dans les coupes traitées au Weigert-Pal, cette substance se présente sous forme de grains colorés en noir occupant surtout la base des cellules. L'atrophie cellulaire apparaît surtout dans les coupes traitées par la méthode de Bielchowsky ; aspect spongieux du corps cellulaire où sont encore apparentes les primitives fibrilles qui sont très épaissies ; on note leur disparition dans la zone pigmentée (fig. 5). Nombreuses cellules renferment des granulations argentophiles. Les

granulations chromophiles sont bien colorées dans le reste du cytoplasma, dans les zones non envahies par le pigment. Lésion neurofibrillaire d'Alzheimer dans quelques cellules (fig. 6). Les noyaux accusent souvent une position excentrique. Par rapport aux autres parties de la cellule, ils ne paraissent pas atrophiés. Dans la couche profonde du cortex, légère prolifération des cellules satellites.

La névroglie est nettement hyperplasiée, surtout dans la couche moléculaire ; les cellules ont proliféré. La plupart renferment comme les cellules ganglionnaires des grains colorés en foncé par la méthode

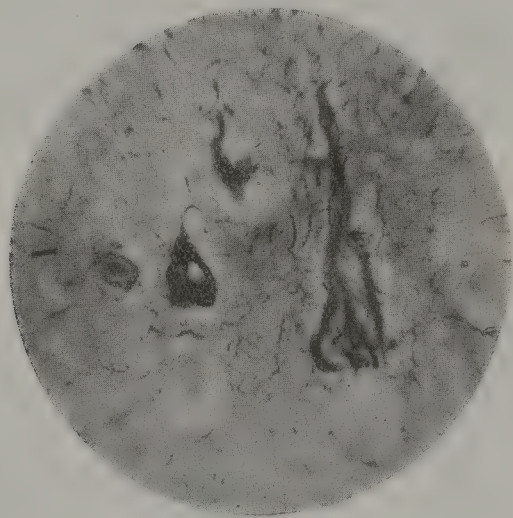


FIG. 6. — Cellules pyramidales. Lésion neurofibrillaire d'Alzheimer. Méthode de Bielchowsky D = 730.

de Weigert-Pal. Dans cette même couche, nombreuses cellules microgliales à noyaux très allongés, tortueux, irréguliers.

Quelques plaques séniles disséminés dans le cortex frontal.

Au Weigert-Pal, le réseau des fibres tangentielles apparaît raréfié dans les régions préfrontales ; il est encore bien fourni dans les autres régions, mais la plupart des fibres, surtout les plus grosses, ont un aspect moniliforme dû au gonflement de la myéline qui se dispose en boules de diverses grosseurs autour du cylindre-axe (fig. 7).

Les vaisseaux ont leurs parois épaissies, sans rétrécissement de leur lumière. La réticuline est représentée par des fibrilles relativement épaisses. Les petits vaisseaux et surtout les capillaires renferment dans leurs parois des fibres de réticuline dont l'épaisseur contraste avec leur petit diamètre (fig. 8). Autour des vaisseaux de

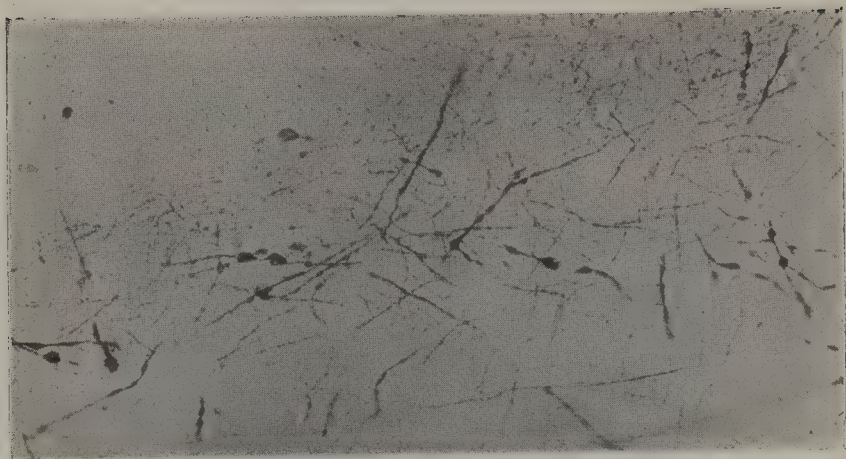


FIG. 7. — Fibres tangentielles qui ont pris un aspect variqueux dû au gonflement de la myéline. Méth. de Weigert-Pal D = 325.



FIG. 8. — Capillaire avec fibres de réticuline épaissies. Méth. de Perdrau D = 730.

la substance blanche, dans l'espace périvasculaire, corps granuleux bourrés de granulations lipœidiennes. Quelques vaisseaux présentent dans leur adventice des cellules lymphoïdes qui ont pris une forme allongée donnant l'aspect de fibroblastes.

OBS. VI. — La malade B.U., âgée de 71 ans, entre à l'asile de Villejuif le 26 octobre 1927 avec le certificat suivant : « Syndrome mélancolique anxieux évoluant depuis environ deux mois et ayant débuté quelques semaines après une fracture du col du fémur. Opposition, mutisme, gémissements continus au cours desquels elle exprime des idées de culpabilité stéréotypées. Fugue. Refus partiel des aliments. Involution sénile probable. »

Les antécédents héréditaires sont inconnus.

La malade a toujours été d'une santé robuste. Elle a un fils bien portant. Elle est veuve depuis dix ans. Depuis environ un an, diminution progressive de la mémoire, mais aucune idée délirante, aucune crise d'anxiété. Amaigrissement rapide.

Il y a deux mois, chute au cours de laquelle elle est atteinte de fracture du col du fémur. Après plusieurs semaines d'immobilisation, la malade a pu se lever et marcher. C'est alors qu'elle a commencé à gémir, principalement la nuit. Elle s'accusait d'avoir volé et elle prétendait qu'on allait venir l'arrêter. Elle a refusé la nourriture, disant qu'il lui était défendu de se nourrir. Opposition aux soins. Plusieurs fois, malgré la difficulté de la marche, elle a voulu quitter le domicile de ses enfants où elle était soignée.

A son entrée, mutisme absolu ; la malade reste inerte sur son lit sans prononcer une parole. Elle s'oppose à tout examen ; elle repousse aussi bien les médecins que les infirmières. Dès qu'on lui prend la main, elle la retire. Panophobie. Refus complet des aliments entraînant l'alimentation à la sonde.

Les réflexes tendineux sont vifs. Pas de Babinski ; pas de paralysie. Les pupilles sont égales et réagissent. Pas d'arc sénile.

Pas de souffle cardiaque. Crosse aortique surélevée. Température normale. Bordet-Wassermann négatif dans le sang.

Les jours suivants, l'état reste stationnaire. Gémissements continus. La seule réponse que l'on a pu obtenir de la malade est le mot « oui » à la question : « Voulez-vous qu'on vous tue ? » Turbulence et cris la nuit.

Le 1^{er} novembre, l'anxiété a diminué ; la malade s'alimente sans difficulté. On constate un affaiblissement profond des facultés intellectuelles. Elle ne sait où elle est ; elle ne peut dire ni le mois, ni l'année. Elle sait qu'elle a 71 ans mais a oublié la date de sa naissance. Elle a un fils ; elle ne peut donner son adresse. Elle est incapable de dire depuis combien de temps elle est à l'asile. Il doit y avoir bien longtemps. Elle n'a plus peur de rien ; elle ne sait pas pourquoi elle a refusé de manger. C'est probablement parce qu'elle n'avait pas faim. Illusions de fausse reconnaissance. Elle croit reconnaître sa belle-fille parmi les infirmières. On note de la dysarthrie. Les réponses sont brèves, souvent par oui ou par non. La malade reste inerte dans son lit. Elle ne demande jamais rien aux infirmières.

Incurie complète. Gâtisme.

Le 14 novembre, somnolence continue ; température : 38°. Le pouls

est mauvais. On ne constate aucune lésion pulmonaire. Traces notables d'albumine dans les urines. La malade se plaint de souffrir de la tête.

Décès le 16 novembre.

AUTOPSIE

Système nerveux. — Rien de particulier à l'extraction du cerveau de la boîte crânienne.

Le poids du cerveau est de 920 gr., le poids du cervelet et du bulbe de 150 gr.

Atrophie considérable de l'ensemble du cerveau ; les sillons, quoi-

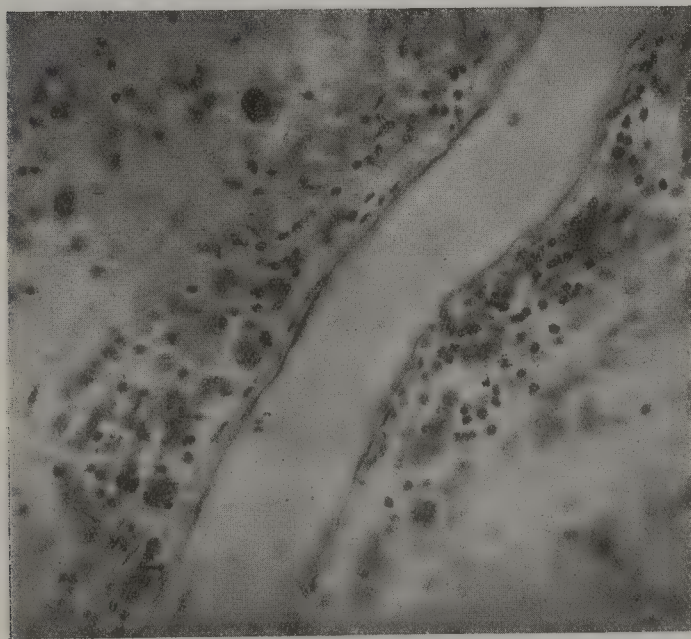


FIG. 9. — Substance blanche sous-corticale. Veinule entourée de cellules rondes et de macrophages bourrés de pigments. Espace vasculaire dilaté. Quelques corpuscules amyloïdes. Méth. de Nissl D = 325.

que recouverts de l'arachnoïde, apparaissent très anfractueux. Décortication facile. Aucune lésion localisée sur les coupes ; mais ventricules latéraux très volumineux ; cornes occipitales des ventricules très dilatées et atrophie des lobes occipitaux.

Aucune trace d'athérome aussi bien sur les artères de la base que sur celles des circonvolutions.

Cœur : 195 gr. Léger athérome aortique.

Foie : 900 gr. Aspect normal.

Rate : 140 gr.

Reins : le rein droit et le rein gauche pèsent chacun 90 gr. Ils sont scléreux, mais se décortiquent facilement.

Thyroïde : 55 gr. Aspect normal.

Pancréas : 50 gr.

EXAMEN HISTOLOGIQUE : *Système nerveux*.

Cerveau : pas de lésions méningées. Pie-mère très mince et légèrement adhérente. Parois vasculaires normales.

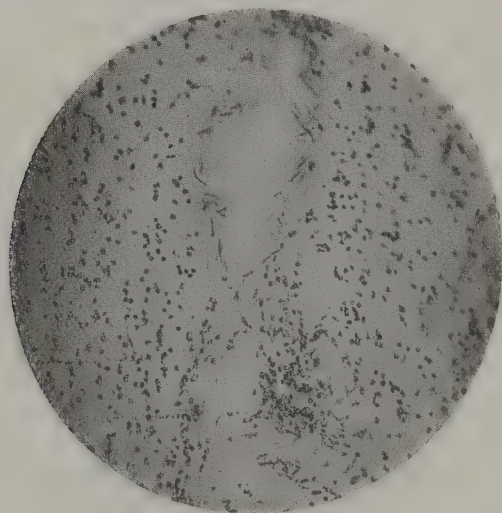


FIG. 10. — Région sous-corticale 2^e frontale droite. Artériole, prolifération en groupes des cellules de l'adventice. Méth. de Nissl D = 115.

La couche moléculaire est diminuée d'épaisseur par endroits. Prolifération névroglique irrégulièrement distribuée ; cellules névrogliques périvasculaires hyperplasiées.

Les fibres tangentielles sont diminuées de nombre surtout au niveau des régions frontales ; elles ont un aspect moniliforme et portent sur leur trajet des boules et des varicosités myéliniques énormes.

Les cellules pyramidales sont pauvres en prolongements. Corps atrophies ; cytoplasma granuleux renfermant une zone pigmentée. Noyaux excentriques avec membrane nucléaire parfois épaissie renfermant souvent un corpuscule arrondi qui prend fortement les colorants basiques.

De nombreuses cellules ganglionnaires des couches profondes du cortex sont entourées de cellules rondes (satellitose) alors que d'autres en sont complètement dépourvues. Cellules névrogliques hyperplasiées et se disposant en groupes périvasculaires par endroits.

Nombreux corpuscules amyloïdes disséminés dans le cortex.

Dans la substance blanche, autour des veinules et des artérioles, cellules rondes et macrophages bourrés de pigment disposés par groupes et parfois en palissades (fig. 9). Parois vasculaires épaissies. Espaces périvasculaires dilatés avec prolifération en groupes des cellules de l'adventice (fig. 10).

Dans les noyaux gris centraux, nombreuses artérioles présentent de la dégénérescence hyaloïde. Espaces périvasculaires très dilatés. Veinules parfois entourées de nombreux corps granuleux bourrés de

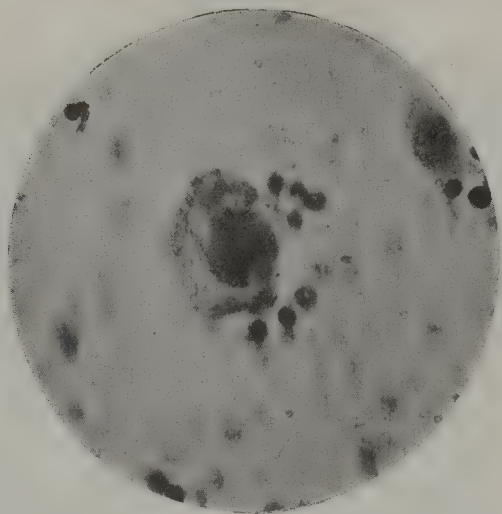


FIG. 11. — *Couche optique*. Cellule nerveuse avec dégénérescence granuleuse du cytoplasma et noyau pycnotique. Méth. de Nissl D = 325.

pigment. Altérations cellulaires très profondes ; dégénérescence granuleuse du cytoplasma avec zone pigmentée ; noyaux excentriques et souvent pycnotiques (fig. 11). Satellitose très accusée autour de certaines cellules. Quelques corpuscules amyloïdes disséminés dans le parenchyme.

Cervelet : pas de lésions méningées. Atrophie généralisée portant sur les différentes couches et sur la substance blanche. Cellules de Purkinge diminuées de nombre. Dans la substance blanche, prolifération considérable des cellules névrogliques qui sont de très petit volume. Nombreuses cellules microgliales.

Bulbe : les cellules des noyaux des nerfs crâniens contiennent encore de nombreuses granulations chromophiles sans lésions nucléaires. La plupart, ainsi que les cellules des noyaux dentelés, renferment une zone pigmentée ; dégénérescence hyaloïde de nombreux vaisseaux. Pas de dégénérescence cordonale ; mais l'ensemble du bulbe est très atrophie.

ÉTUDE CLINIQUE

Les premières manifestations de l'affaiblissement intellectuel ont débuté, chez nos malades femmes, à des âges très variables, mais toutes avaient dépassé 70 ans. Il est d'ailleurs très difficile de préciser le début de la maladie. Les sujets arrivent dans nos services d'asile à une phase avancée de la maladie et ce n'est que par l'interrogatoire de leur famille que l'on peut reconstituer les premières étapes de la déchéance mentale. La démence sénile sans athérome peut apparaître bien avant 70 ans et nous montrerons que certains syndromes classés sous les termes de maladie d'Alzheimer, de maladie de Pick ou de Gans, peuvent être rapprochés des formes précoces de la démence sénile sans athérome.

D'après les cas que nous avons observés, l'affection peut débuter, soit par des troubles amnésiques avec ou sans fabulation (obs. I, II et III), soit par des modifications du langage (obs. IV), soit par un état délirant (obs. V). Ces diverses manifestations peuvent s'associer entre elles chez le même malade (obs. VI).

Le début par troubles amnésiques est le plus commun. Ce sont d'abord de simples oublis portant sur des actes journaliers récents ; le sujet ne retrouve pas un objet qu'il a rangé quelque temps auparavant à un endroit déterminé. Sorti pour faire plusieurs achats, il rentre sans les avoir accomplis tous. Cette amnésie de fixation est parfois en rapport avec la d  fici  nce de l'attention volontaire. A cette phase, on peut déjà constater une certaine lenteur des opérations intellectuelles, un trouble de l'association des idées qui entraîne de l'amnésie d'évocation. Les souvenirs anciens paraissent mieux conservés, mais en réalité, ils sont déjà très appauvris. Le sujet peut évoquer certains vieux souvenirs et ce rappel, comparé aux troubles de la mémoire portant sur les faits actuels, surprend et étonne l'entourage qui attache beaucoup moins d'importance au déficit intellectuel foncier.

Ces troubles dysmn  siques sont conscients et les malades peuvent en souffrir moralement. Une de nos malades ne voulait plus sortir, ni faire ses achats, sans être accompagnée (obs. I). Les automatismes anciens sont longtemps conservés ; l'exécution de travaux de couture, de tricot, le comportement au cours de jeux peu compliqués, se font encore correctement. Ces manifestations psychomotrices, devenues automatiques à force de répétitions, contrastent avec le mauvais accomplissement d'actes beaucoup plus simples. Le calcul mental automatique est peu troublé ; par contre, celui qui demande un raisonnement logique

devient impossible. Dès ce moment, les sujets ne peuvent plus s'adapter à des situations nouvelles. Un simple changement de résidence jette le désarroi dans leur conduite. Cette impossibilité de reprendre l'accomplissement normal d'actes journaliers dans un milieu nouveau met en évidence la diminution intellectuelle. Dans cette forme amnésique la fabulation est fréquente (démence presbyophrénique) (obs. 3).

Quand l'affection débute par des troubles du langage, le symptôme dominant consiste en l'incapacité de trouver les mots correspondant à certains objets. Les mots chose et machin reviennent fréquemment pour combler l'oubli du mot. Il s'agit, en réalité, d'un début d'aphasie amnésique qui ira en s'aggravant (obs. II et IV). En même temps que se développe ce trouble, la faculté de compréhension s'affaiblit et on est obligé de répéter plusieurs fois la même phrase pour que le sujet en saisisse le sens. Cette forme d'amnésie, jointe aux troubles de la compréhension et à l'inertie mentale, entraîne souvent le semi-mutisme et les malades deviennent des silencieux. Ils peuvent encore lire et comprendre ce qu'ils lisent, mais ne participent plus que par monosyllabes aux conversations qui ont lieu devant eux. Ils éprouvent rapidement la plus grande peine pour écrire quelques mots (obs. IV).

Quand la démence sénile sans athérome débute par des phénomènes délirants, elle entraîne une hospitalisation rapide du sujet de sorte que l'examen du fonds mental est beaucoup plus précoce que dans les formes précédentes. La forme anxieuse est fréquente et consiste en gémissements, en lamentations qui ont lieu surtout la nuit. D'autres fois, l'état mental rappelle celui de la confusion mentale ou de la mélancolie, avec de courts intervalles de lucidité. Chez d'autres sujets, les idées mélancoliques, les idées hypocondriaques, les idées de persécution, les idées de préjudice, de dépossession, les idées de jalousie et les hallucinations sont les symptômes dominants. L'agitation ou la simple turbulence est fréquente. Certains malades sont constamment en mouvement. Dès cette période, la déficience mentale, la pauvreté idéique sont faciles à mettre en évidence, quoique dissimulées sous les troubles délirants qui impressionnent bien davantage l'entourage que l'affaiblissement intellectuel progressif. Ces phénomènes psychiques peuvent s'atténuer assez rapidement et même disparaître, ce qui est considéré par les proches comme une grande amélioration, quoique l'affaiblissement mental foncier continue sa marche progressive (obs. VI).

L'évolution de ces premières manifestations varie suivant

chaque sujet. L'installation du déficit intellectuel peut être insidieuse et lente, sans rapport avec une intoxication ou une infection. Pendant longtemps, le malade, présentant la forme amnésique, peut continuer à vivre parmi les siens. Chez d'autres, les progrès de l'affaiblissement intellectuel sont très rapides et, en quelques mois, les malades tombent dans un état de démence profonde.

Quel que soit le mode de début de l'affection, l'évolution est progressive. Si l'affaiblissement profond des facultés est le symptôme commun à tous les cas, certaines manifestations en rapport avec la prédominance des lésions sur certaines régions cérébrales peuvent donner une allure spéciale au syndrome, manifestations portant sur la mémoire (amnésie ou dysmnésie continue avec fabulation et fausses reconnaissances, presbyophrénie), sur le langage (aphasie amnésique ou nominale, aphasie sensorielle atypique, automatismes verbaux, persévération du mot, écholalie, stéréotypies verbales, verbigération), sur l'activité motrice (automatismes moteurs incoordonnés, parésies), sur l'activité psychomotrice (apraxie) et psycho-sensorielle (agnosie).

Il est inutile d'insister sur ces phénomènes qui donnent, au tableau clinique, un aspect particulier et qui sont parfaitement décrits dans de nombreux ouvrages classiques.

L'évolution de la démence sénile sans athérome présente quelques particularités. C'est ainsi que l'affection progresse sans s'accompagner d'ictus, de crises épileptiformes, de « claudication intermittente du cerveau ». Le sujet ne se plaint ni de vertiges, ni de céphalées, ni de bourdonnements d'oreille. Le faciès est plutôt inexpressif que figé. La pression artérielle est normale ou plutôt basse, à moins de lésions cardiaques concomitantes. Les symptômes de lésions corticales focales apparaissent lentement, toujours associés à l'affaiblissement intellectuel. On constate plutôt des parésies avec raideurs musculaires que des paralysies avec des signes de spasmodicité nette ; on observe l'aphasie amnésique plutôt que l'aphasie sensorielle ou motrice complète. Ces derniers symptômes paraissent dépendre autant du déficit intellectuel que de la localisation des lésions et ont, comme particularité, de varier d'intensité d'un jour à l'autre, quelquefois d'une heure à l'autre ; ils ne sont ni aussi fixes, ni aussi accusés que dans les lésions destructives en foyer. Notons enfin que l'on ne constate ni pleurer, ni rire spasmodique.

A la dernière période, les sujets ne mènent plus qu'une vie végétative.

Les réflexes tendineux sont normaux ou affaiblis, rarement

vifs. Les parésies ne s'accompagnent ni de clonus, ni de signe de Babinski. Avec les progrès de la maladie, la difficulté de la marche provient de l'affaiblissement musculaire généralisé et d'une certaine incoordination, plutôt que de paralysie. Le tremblement est fréquent. Pas d'arc sénile.

Les réactions sont négatives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Dans la démence sénile sans athérome, l'amaigrissement est fréquent, aboutissant à une fonte musculaire généralisée. Cependant, certains malades peuvent conserver, pendant longtemps, un état physique satisfaisant. La démence sénile sans athérome n'est pas forcément liée à la sénilité des autres organes. Elle évolue sans fièvre.

Notons encore ce fait que la mort chez ces malades, qui n'ont aucune prédisposition aux hémorragies et aux ramollissements cérébraux, est due, le plus souvent, à une affection pulmonaire, quelquefois à une myocardite chronique ou à la profonde cachexie.

Nos malades avaient toujours joui d'une bonne santé jusqu'au moment où l'affection mentale a débuté. Dans leurs antécédents, nous n'avons pu relever de causes étiologiques spéciales. Chez quelques-unes, les tares héréditaires étaient chargées : mère démente dans les obs. I et II ; une sœur démente sénile dans l'obs. IV. Mais il faut reconnaître qu'il est difficile d'obtenir des renseignements précis auprès des enfants et petits-enfants.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'examen macroscopique de l'encéphale des déments séniles sans athérome montre les particularités suivantes : dès l'ouverture de la boîte crânienne et après incision de la dure-mère, on note l'atrophie généralisée de l'organe qui paraît diminué de volume par rapport à la cavité crânienne. Deuxième remarque, cette atrophie n'est pas en rapport avec des altérations des vaisseaux nourriciers. Les artères, aussi bien celles de la base que celles des circonvolutions, sont souples, ne présentent aucune opacité, aucune sinuosité, aucune plaque d'athérome.

La pie-mère, souvent un peu épaisse et opaque, au niveau des régions antérieures du cerveau, est rarement adhérente au cortex ; la décortication se fait facilement.

L'atrophie du cerveau est manifeste ; celle des régions pré-frontales est plus accusée. Dans un cas, l'atrophie s'étendait également aux lobes temporaux (obs. IV), dans deux cas aux

lobes pariétaux (obs. II et V), dans un cas aux lobes occipitaux (obs. VI).

Les zones atrophiées présentent quelques particularités suivant qu'il s'agit de l'une ou l'autre de ces régions. Aux régions préfrontales et pariétales, on note la diminution du volume des circonvolutions qui paraissent ratatinées et qui sont séparées par de larges sillons entraînant une augmentation considérable des espaces sous-arachnoïdiens. L'ensemble des circonvolutions paraît bosselé. Très souvent, l'atrophie prédomine en certains points qui diffèrent suivant les cas et sont sans rapport avec une distribution vasculaire. A ce niveau, l'arachnoïde passe au-dessus de la cupule résultant de l'atrophie en formant un voile membraneux sous lequel se trouve le liquide céphalo-rachidien (pseudo-kyste). La dimension, en largeur, de la cupule est variable et peut atteindre plusieurs centimètres. Sur les coupes, on voit que le cortex sous-jacent, légèrement résistant, ne présente aucune lacune de désintégration, aucun ramollissement, que les circonvolutions ont conservé leur forme et que seul leur volume a diminué. Quelquefois, les zones atrophiées sont symétriquement réparties sur les hémisphères. Quand l'atrophie prédomine aussi sur les lobes temporaux, elle se présente différemment. Elle est plus régulière et c'est surtout sur les coupes vertico-transversales du cerveau que l'on peut apprécier à la fois l'amenuisement des axes blancs des circonvolutions, la dilatation passive importante des ventricules latéraux.

C'est d'ailleurs sur les coupes transversales que l'on peut apprécier l'atrophie des noyaux gris centraux, aussi bien du striatum que du pallidum et des couches optiques.

Dans un cas (obs. IV), les plexus choroïdes des ventricules latéraux ont revêtu un aspect curieux. Sur toute leur longueur, ils étaient couverts de petites vésicules translucides de la grosseur d'un petit pois, placées les unes à côté des autres et renfermant un liquide limpide comme le liquide céphalo-rachidien. Nous avons désigné cette modification sous le nom de « plexus choroïdes perlés ».

Le poids du cerveau, vidé du liquide céphalo-rachidien contenu dans les ventricules latéraux, varie, dans nos six cas, de 1.150 gr. à 920 gr., avec un poids moyen de 1.037 gr. au lieu de 1.240, poids moyen normal du cerveau de la femme (Tableau I). Dans un travail antérieur (1) portant sur vingt cas de démence sénile

(1) L. MARCHAND. — Poids de l'encéphale dans la paralysie générale et la démence sénile. *Société anatomique*, 30 janv. 1903.

chez la femme, nous avons trouvé, comme poids moyen du cerveau : 944 gr. 24.

Le cervelet et le bulbe participent à l'atrophie, mais dans de moindres proportions que les hémisphères cérébraux. Leur poids ensemble a varié de 165 gr. à 145 gr., avec une moyenne de 151 gr.

Dans un cas, sur les faces externes du bulbe très diminué de volume, les olives formaient deux fortes proéminences.

Nous n'avons jamais noté de dépoli des parois des ventricules.

Nous donnons, dans le tableau I, les poids des divers organes de nos malades. Les considérations qu'entraîneraient les résultats de leurs examens sortiraient du plan de ce travail. Notons seulement que l'atrophie des organes, si fréquente chez ces

TABLEAU I

	Age au décès	Hémis- phère droit	Hémis- phère gauche	Cerve- let et bulbe	Cœur	Foie	Rein droit	Rein gauche	Rate	Pan- créas	Thy- roïde
Obs. 1.	76	580	570	150	655	1.350	95	105	80	65	18
— 2.	76	480	490	145	310	1.250	80	95	140	65	20
— 3.	74	500	510	147	245	1.365	110	120	225	43	15
— 4.	87	570	565	165	465	755	65	90	50	40	15
— 5.	83	520	520	150	620	1.250	155	150	80	80	25
— 6.	71	460	460	150	195	900	90	90	140	50	55

sujets, n'est cependant pas une règle générale. Autre constatation importante : il est fréquent de relever, à l'autopsie, quelques plaques d'athérome aortique (obs. I, II, VI) et même des lésions athéromateuses étendues de l'aorte, avec infiltration calcaire des valvules sigmoïdes du cœur gauche (obs. V). La démence sénile sans athérome cérébral peut donc s'observer chez des sujets présentant des lésions athéromateuses dans d'autres régions de l'organisme.

Si nous considérons les diverses lésions histologiques observées dans nos six observations, nous pouvons les diviser en deux groupes, celles qui se retrouvent dans toutes, celles qui ne se rencontrent que dans certains cas.

Les premières comprennent les lésions dégénératives aboutissant à l'atrophie et à la disparition des cellules ganglionnaires sans neurophagie (surcharge pigmentaire et lipoidique, altération du réseau neuro-fibrillaire, plages acellulaires), la dégénérescence des fibres à myéline des zones les plus superficielles du cortex et l'atrophie des axes de substance blanche des circonvolutions sans formation de corps granuleux de Marchi, l'hyper-

trophie des cellules névrogliques, l'altération des microgliocytes avec présence de cellules en bâtonnet, la distension des espaces périvasculaires par raréfaction du parenchyme, les amas de granulations lipo-pigmentaires soit libres, soit contenues dans des macrophages situés dans les gaines périvasculaires.

Les secondes sont représentées par les plaques séniles (obs. II, III, V), les granulations argentophiles intra-cytoplasmiques (obs. V), la lésion d'Alzheimer (hypertrophie du réseau neuro-fibrillaire endo-cellulaire) (obs. V), les corpuscules métachromatiques intra-cellulaires (obs. I), la capillario-sclérose (obs. V), la dégénérescence muqueuse de Grynfeldt (obs. I). Dans plusieurs cas, nous avons noté une légère infiltration de l'adventice de quelques vaisseaux de la substance blanche, des noyaux gris centraux et du bulbe au niveau de la distension des espaces périvasculaires (obs. I, III, V, VI).

Nous n'avons observé, dans aucun cas, des lacunes de désintégration, des ramollissements microscopiques, des foyers hémorragiques, des thromboses vasculaires, des lésions des parois des artères et des veines ; nous n'avons noté ni calcification des cellules, ni dépôt de cholestérol.

Les diverses lésions que nous venons de signaler sont diffuses, mais elles sont particulièrement prononcées dans les régions les plus atrophiées, en particulier dans les lobes frontaux qui, dans tous nos cas, présentaient macroscopiquement une atrophie manifeste.

Le but de ce travail n'est pas de décrire chacune de ces lésions, mais de discuter leur valeur en tant que processus de la sénilité cérébrale.

DISCUSSION

D'après les recherches anatomo-pathologiques concernant les cerveaux de vieillards normaux mentalement, il ressort que certaines de ces lésions peuvent s'y observer, mais qu'elles y sont toujours très discrètes : telles sont la formation intracellulaire de pigment jaune clair [Lewy (1), Obersteiner (2)], la lésion des neuro-fibrilles [Constantini (3), Ley (4)], la dégénération gra-

(1) F. LEWY. — Primäre und sekundäre involutive Veränderungen des Gehirns. *Krankheitsforschung*, I, 1925, p. 164.

(2) OBERSTEINER. — Cité par A. Léri. Le cerveau sénile. *Congrès des médecins alién. et neurol.*, Lille, 1906.

(3) A. CONSTANTINI. — Vieillard normal de 105 ans. *Riv. speriment. Frenia*, 1911, p. 37.

(4) R. LEY. — Etude anatomique de la sénilité. *Journal (belge) de Neurol.*, 1922, 6.

nulo-vacuolaire de Simchowicz (1) [Gellersteadt (2)], la diminution de l'élasticité des capillaires [Salimbeni et Géry (3)], les plaques séniles [Oppenheim (4), Cerletti (5), Constantini (6), Simchowicz (7)], la résorption périvasculaire et l'accumulation de produits métaboliques dans le stroma glial et mésodermique [Laignel-Lavastine, Bertrand et Liber (8)], l'abondance des corps granuleux chargés de produits de désintégration dans les espaces périvasculaires, la dégénérescence muqueuse de Grynfeldt [d'Hollander et Rouvroy (9)]. Mais la plupart des auteurs font remarquer que, si ces altérations s'observent dans la démence sénile, elles n'entraînent pas toujours la démence sénile, car c'est leur intensité qui joue le principal rôle [Urechia (10), F. Lewy (11)]. C'est qu'à l'état normal, chez tout sujet (et ceci s'applique également au vieillard), il existe des disponibilités cérébrales qui ne sont pas employées et il faut que celles-ci disparaissent d'abord pour que l'affaiblissement intellectuel devienne manifeste. Un cerveau peut donc présenter quelques-unes des lésions exposées plus haut sans que celles-ci se soient traduites cliniquement ; il s'agit de lésions muettes.

Notons que, dans les cerveaux de vieillards normaux, on n'observe, ni atrophie notable, ni modification de la cytoarchitecture corticale, ni diminution de la densité cellulaire ; les cellules renferment encore des granulations de Nissl et « l'absence d'athéro-sclérose est une condition essentielle de la bonne conservation cérébrale » (Laignel-Lavastine).

(1) T. SIMCHOWICZ. — Histologische studien, histol. u. histopath. Arb. u. die Grosshirnrinde, 1911, p. 271.

(2) N. GELLERSTEADT. — Zur Kenntnis der Hirnveränderungen bei der normalen alter involution. Upsala Lakas Forhand, 1933.

(3) T. SALIMBENI et L. GÉRY. — Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la vieillesse. Ann. de l'Institut Pasteur, 26, 1912, p. 577.

(4) OPPENHEIM. — Ueber drusingen nekrosen in der Grosshirnrinde. Neurol. Centralb., n° 8. Cité par Kræpelin : Traité de Psychiatrie, 8^e éd., 1910.

(5) CERLETTI. — Die Gefaessvermehrung im Zentralnervensystem. Histolog. u. Histopath. Arbeiten, Fisher, 1910.

(6) CONSTANTINI. — Loc. cit.

(7) T. SIMCHOWICZ. — La maladie d'Alzheimer et son rapport avec la démence sénile. L'Encéphale, mars 1914, p. 218. — Sur la signification des plaques séniles et sur la force sénile de l'écorce cérébrale. Rev. Neurol., t. I, 1924, p. 221.

(8) LAIGNEL-LAVASTINE, I. BERTRAND et A.-F. LIBER. — Le cerveau d'une centenaire. Etude anatomo-clinique. Soc. Méd.-Psychol., 8 mars 1934, p. 383.

(9) D'HOLLANDER et ROUVROY. — Etude sur la dégénérescence muqueuse du cerveau des déments précoces. Soc. de Méd. ment. de Belgique, 27 janv. 1934.

(10) URECHIA. — Anatomie pathologique de la sénilité. Bull. de la Soc. Roumaine de Neur. psych. et endocr., n° 4, 1933, p. 104.

(11) F. LEWY. — Loc. cit.

Il faut noter que, dans tous les rapports anatomo-cliniques sur les nonagénaires et centenaires considérés comme normaux, les examens psychologiques, pratiqués pour établir le niveau mental de ces sujets, sont bien pauvres et on peut se demander si, chez ces vieillards, dans les cerveaux desquels on a relevé des lésions cérébrales discrètes, la conservation des actes habituels subsistant par le jeu de l'automatisme n'avait pas masqué une certaine déchéance. Il est évident que, de même qu'il y a une mentalité spéciale chez les enfants, les adolescents et les adultes, il y a une mentalité physiologique des vieilles personnes, mais celle-ci ne ressemble en rien aux troubles mentaux des déments séniles. On ne peut donc admettre que l'affaiblissement intellectuel sénile ne serait qu'une exagération de la sénescence normale, que les lésions de la démence sénile ne seraient que l'exagération de celles dues à la vieillesse. « La démence sénile, dit Tinel (1), apparaît comme une véritable maladie générale, spécifique et autonome, sans rapport avec l'artério-sclérose, non plus qu'avec la sénilité normale » ; et pour Courbon (2) : « La sénilité normale correspond à une psychologie sénile normale qui n'a rien de pathologique. »

Pour Bizzorero, Robertson, Carrier, la cellule nerveuse constitue un élément en quelque sorte « perpétuel » ; il faut un élément perturbateur pour l'amener à dégénérer [Caron (3)]. Si la sénilité psychique a d'autant plus de chance de s'observer que l'on examine des sujets arrivés à un âge plus avancé, la déchéance des cellules cérébrales est loin d'être un phénomène biologique commun à tous les vieillards [Critchley (4)]. Comme nous le soutenions au début de cet article, il y a des cerveaux de vieillards qui ne sont pas des cerveaux séniles [A. Léri (5)].

Ce premier point établi, la démence sénile sans athérome est une maladie et, d'après les caractères anatomiques qui la conditionnent, il s'agit d'un processus dégénératif primitif aboutissant à une désintégration régressive du parenchyme nerveux sans éléments inflammatoires et sans troubles circulatoires. La

(1) TINEL. — Les processus anatomo-pathol. de la démence sénile. *Rev. Neurol.*, 1924.

(2) COURBON. — Sur la psychologie de la vieillesse. *J. de Psychol.*, 1927, p. 455.

(3) M. CARON. — Etude clinique de la Maladie de Pick. *Thèse de Paris*, 1934, p. 234.

(4) M. CRITCHLEY. — Neurologische betrachtungen ueber das greisenalter. *Deutsche Mediz. Wochens.*, n° 38, 16 décembre 1932.

(5) A. LÉRI. — Le cerveau sénile. *Congrès des Méd. alién. et neurol.* Lille, 1906.

slérose névroglique est secondaire à l'atrophie parenchymateuse [Canziani (1)]. Elle apparaît substitutive aux lésions des éléments nobles [Foix et Nicolesco (2)].

Autre remarque importante, l'affaiblissement mental sénile n'est pas proportionnel à l'âge du sujet et cette considération nous amène à examiner la position nosographique d'affections cérébrales de nature dégénérative qui s'observent à la période présénile, mais qui peuvent également frapper des sujets en pleine maturité. Telles sont la maladie d'Alzheimer et la maladie de Pick.

LA MALADIE D'ALZHEIMER ET LA MALADIE DE PICK

La maladie d'Alzheimer fut d'abord considérée comme une démence progressive présénile caractérisée par des symptômes focaux corticaux et histologiquement, par des altérations particulières des neuro-fibrilles des cellules ganglionnaires.

D'après les nombreuses observations concernant cette affection, il est actuellement admis que la série des symptômes focaux (dysarthrie, jargonaphasie, paraphasie, écholalie, logoclonie, apraxie idéo-motrice) sont en rapport avec l'atrophie plus prononcée de certaines régions du cerveau, atrophie qui, anatomiquement, rappelle celle des lobes frontaux dans la démence sénile simple. La participation du système strié au processus régressif a été également signalée [Lhermitte et Nicolas (3)].

Outre ces symptômes de localisation, on a voulu aussi reconnaître à cette affection, comme caractères différentiels avec la démence sénile, une évolution plus variable, un affaiblissement intellectuel plus profond, une agitation motrice plus grande, des crises d'anxiété. Or, tous ces caractères peuvent s'observer dans la démence sénile simple. « La maladie d'Alzheimer, dit Simchowicz (4), n'est qu'une forme spéciale de la démence sénile. »

« Dans les deux maladies, ajoutent Ferraro et Jervis (5), les âges d'apparition et la marche lentement progressive sont les

(1) G. CANZIANI. — Etude de la névroglie pathologique chez l'homme. *Riv. di Patol. nerv. e ment.*, sept.-oct. 1935, p. 409.

(2) Ch. FOIX et I. NICOLESCO. — Contribution à l'étude des grands syndromes de désintégration sénile cérébro-mésencéphalique. *Presse Méd.*, n° 92, 17 nov. 1923, p. 957.

(3) J. LHERMITTE et NICOLAS. — Sur la maladie d'Alzheimer. Une observation clinique. *Ann. Méd.-psychol.*, n° 5, mai 1923, p. 435.

(4) T. SIMCHOWICZ. — *Loc. cit.* *Revue Neurol.*, t. I, 1924, p. 221.

(5) A. FERRARO et G.-A. JERVIS — Pick's Disease. *Arch. of Neur. and Psych.*, oct. 1936, p. 739.

mêmes, et les types d'affaiblissement intellectuel et émotionnel sont semblables. » Il n'y a donc, cliniquement, que les symptômes focaux qui lui seraient particuliers.

Quant aux altérations des neuro-fibrilles des cellules ganglionnaires, elles ne sont pas particulières à la maladie d'Alzheimer ; elles peuvent se rencontrer, non seulement dans la démence sénile [Lhermitte et Nicolas (1), Cuel (2), Lippi (3), Divry (4), Einarson et Okkels (5)], mais dans les cerveaux de vieillards sans troubles psychiques [Constantini (6), Fuller (7), R. Ley (8), Gellersteadt (9), Bouman (10)], dans d'autres maladies du système nerveux, entre autres dans l'encéphalite épidémique [Williams (11)], dans le parkinsonisme encéphalitique [Lewy (12), Fenyès (13), Fentes, Hallervorden (14)] ; dans la polynévrite [Marinesco (15)], la paralysie familiale spastique [Lafora (16), Schaffer (17)], l'ataxie cérébelleuse héréditaire [Schaffer (18)], la sclérose latérale amyotro-

(1) J. LHERMITTE et NICOLAS. — Sur la maladie d'Alzheimer. *Paris Médical*, 20 oct. 1923, p. 301.

(2) J. CUEL. — La maladie d'Alzheimer. *Thèse de Paris*. 1924.

(3) F.-G. LIPPI. — Le psychosi senili. *Rass. studi. psychiatr.*, f. 3-4, 1933, p. 22.

(4) P. DIVRY. — Les plaques séniles et la dégénérescence d'Alzheimer sont-elles des processus essentiels de la démence sénile ? *J. belge de Neuro. et de Psychi.*, oct. 1935, p. 565.

(5) L. EINARSON et H. OKKELS. — Les glandes endocrines et le cerveau dans la vieillesse. *Ann. d'anat. path. et d'anat. norm. méd. chir.*, mai 1936, p. 557.

(6) CONSTANTINI — *Loc. cit.*

(7) FULLER. — A study of miliary plaques formed in the Brain of the Aged. *Proc. Amer. Med. Psychol. Ass.*, 1911, p. 2.

(8) R. LEY. — Etude anatomique de la sénilité. *Libre jubilaire de la Soc. Belge de Neur. et de Psych.* Imprimerie méd. et scient., 1922, p. 32.

(9) N. GELLERSTEADT. — *Loc. cit.*

(10) L. BOUMAN. — Senile plaques. *Brain*, juin 1934, p. 128.

(11) WILLIAMS. — The peculiar cells of Pick's disease. *Arch. of Neur. and Psych.*, 2, 1935, p. 508.

(12) LEWY (F.). — *Loc. cit.*

(13) I. FENYÉS. — Alzheimer'sche Fibrillerveränderungen in Hirnstammmeiner 28 jährige Postencephalitikessin. *Arch. für Psych.*, mai 1932, p. 700.

(14) J. HALLERVORDEN. — Zur Pathogenese des postencephalitischen Parkinsonismus. *Klin. Wochsch.*, 1933, p. 692.

(15) G. MARINESCO. — Contribution à l'étude anatomo-clinique et à la pathogénie de la forme tardive de l'idiotie amaurotique. *Bull. Acad. Roumaine*, 1925, p. 119.

(16) G.-R. LAFORA. — Zur Frage des normalen und pathologischen Senium und der Pathologie der senilität. *Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 1912, p. 469.

(17) K. SCHAFFER. — Ueber hereditare spastische spinalparalyse. *Deutsche Ztsch. f. Nervenhe.*, 1922, p. 101.

(18) K. SCHAFFER. — Zum normalen und pathologischen Fibrillenbau der Kleinhirnrinde. *Zeit. Neurol.*, p. 1, 1924.

Zur Histologie der Histiotypische Laterals klerose oder spastischen Heredodegeneration. *Arch. für Psychiat.*, p. 675, 1926.

phique [Bogaert et Bertrand (1)], la sclérose disséminée [Luthy (2), Gans (3), Moyano (4)], la schizophrénie [Lafora (5)], la sclérose multiple, le tabès [Alzheimer (6)], les psychoses toxiques [Rothschild et Kasanin (7)], le myxœdème [Schnitzler (8)], dans les psychoses dites d'involution (Marchand).

Les plaques séniles, si elles se rencontrent dans la maladie d'Alzheimer d'une façon inconstante, sont cependant signalées dans de nombreuses observations [Alzheimer (9), Perusini (10), Herz et Fuenfgeld (11), Jervis et Soltz (12), Simchowicz (13), Divry (14), Rostan]. On peut donc conclure que « ses lésions (de la maladie d'Alzheimer) sont celles de la démence sénile, mais poussées à un degré extrême » [Cuel (15)]. Grunthal (16), Jervis et Soltz (17) déclarent qu'au point de vue anatomo-pathologique, la maladie d'Alzheimer ne peut être différenciée de la démence sénile. Pour Simchowicz, la différence entre la démence sénile et la maladie d'Alzheimer consiste, non dans l'essence même de l'affection, mais dans la localisation des lésions atrophiques.

(1) VAN BOGAERT et I. BERTRAND. — Pathologic changes of senile type in Charcot's disease. *Arch. of Neur. and Psych.*, sept. 1926, p. 263.

(2) LUTHY. — Ueber einige anatomisch bemerkenswerte fälle von Multipler sklerose mit besonderer Berücksichtigung der Grosshirnrinde und des Kleinhirns. *Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psychi.*, 1930, p. 219.

(3) A. GANS. — Fälle von Picksche Atrophie des strinhirns. *Centbl. Neurol.*, 1923, p. 516.

(4) B.-A. MOYANO. — Dementia presenile : Pick y Alzheimer. *Arch. Argent. Neurol.*, 1932, p. 231.

(5) LAFORA. — *Loc. cit.*

(6) ALZHEIMER. — *Histologische und histopathologische Arbeiten über die Grosshirnrinde*. Iéna, G. Fischer, 1909, vol. 3, p. 297.

(7) D. ROTHSCHILD et J. KASANIN. — Clinico pathologie study of Alzheimer's disease. *Arch. of Neur. and Psychi.*, août 1936, p. 293.

(8) J.-G. SCHNITZLER. — Zur abgrenzung der sogenannten Alzheimerschen. *Krankheit-Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat.*, 1911, p. 34.

(9) ALZHEIMER. — Ueber einer genartige erkrankungen der Hirurinde. *Zentr. f. Nerv. u. Psych.*, 1907.

(10) PERUSINI. — Ueber Klinisch und histologische eigenartige erkrankungen des späteren Labensalters. *Hist. u. hispopath. Arb. über die Grosshirnrinde*, Bd. 3, 1909, p. 297.

(11) E. HERZ et E. FUENFGELD. — Etude anatomo-clinique de la maladie d'Alzheimer. *Arch. f. Psychi.*, août 1928, p. 633.

(12) G.-A. JERVIS et S.-E. SOLTZ. — Alzheimer's disease. The socalled juvenile type. *The Amer. J. of Psychi.*, juillet 1936, n° 1, p. 39.

(13) SIMCHOWICZ. — *Loc. cit.*

(14) DIVRY. — *Loc. cit.*

(15) CUEL. — *Loc. cit.*

(16) E. GRUNTHAL. — Alzheimersche Krankheit. In *Bumke's Handbuch der Geisteskrankheiten*. Springer, 1930.

(17) A. JERVIS et S.-E. SOLTZ. — *Loc. cit.*

Ainsi, la maladie d'Alzheimer, malgré ses particularités cliniques et anatomo-pathologiques, n'a aucune étiologie définie et peut être considérée comme une variété de démence sénile. Son seul caractère différentiel serait qu'elle débiterait plus tôt, ce qui, contrairement à la thèse soutenue par Urechia et Danetz (1), n'est pas pour nous une raison suffisante pour en faire une maladie distincte, une entité morbide.

La maladie de Pick (2) entraîne les mêmes réflexions. Elle survient entre 50 et 60 ans et la conception originale de Pick (3) lui-même était que cette affection était en rapport avec le processus de la sénilité.

Elle se différencie de la démence sénile par son début à la période présénile et, cliniquement, par des symptômes focaux en rapport avec l'atrophie de régions cérébrales plus ou moins symétriques, et intéressant un ou plusieurs lobes, d'où les noms « d'atrophie simple circonscrite », « d'atrophie en foyer involutive » qu'on lui donne encore.

A la démence progressive, se surajoute, suivant les cas, un syndrome akinétique, un appauvrissement du langage aboutissant au mutisme, des troubles apraxiques, de la cécité psychique selon que le processus atrophique prédomine sur les lobes frontaux, les lobes pariétaux, les lobes occipitaux.

Le cervelet peut également être atrophié [cas de Lowenberg (4), de Verhaart (5)]. Von Braunmuhl (6) et Van Bogaert (7) ont décrit des cas de maladie de Pick avec symptômes extrapyramidaux.

(1) URECHIA et DANETZ. — Quelques considérations sur la maladie d'Alzheimer. *Encéphale*, n° 4, 1924.

(2) La maladie de Gans n'est qu'une forme de maladie de Pick survenant chez des sujets plus âgés, dans laquelle l'atrophie porte sur les lobes frontaux. Les considérations exposées à propos de la maladie de Pick s'appliquent également à cette affection.

(3) A. PICK. — Ueber die Beziehungen der senilen hirnatrophie zur Aphasia. *Prag. med. Wochenschr.*, 1892, p. 165.

— Beiträge zur pathologie und pathologischen. *Anatomie des Centralnervensystems, mit Bemerkungen zur normalen Anatomie dessellen*. Berlin, S. Karger, 1898.

(4) LOWENBERG. — Pick's disease. *Arch. of Neur. and Psychi.* Oct. 1936, p. 768.

(5) W. T. G. VERHAART. — *Nederl. tijdschr. V. geneesk.*, 1930, p. 5586.

(6) VON BRAUNMUHL. — Ueber stammganglienveränderungen bei Pick'scher Krankheit. *Ztsch. f. d. ges. Neurol. u. Psychi.*, 1930, p. 214.

(7) L. VAN BOGAERT. — Syndrome extra-pyramidal au cours d'une maladie de Pick. *J. Belge de Neurol. et de Psych.*, 1934, p. 315.

Les noyaux caudés sont souvent particulièrement atrophiés [Dewulf (1), Divry, Titeca et Vermeulen (2), Becker (3)].

Pour Caron (4), le tableau clinique diffère de la démence sénile par la triade : itérations, mutisme, troubles mimiques.

On avait d'abord pensé que le processus atrophique était en relation avec une vascularisation défectueuse, opinion qu'il fallut abandonner [Onari et Spatz (5)] ; puis on admit qu'il frappait surtout les zones d'association de Flechsig ; certains notèrent qu'il portait sur des aires cytoarchitectoniques déterminées ; on crut aussi que l'atrophie prédominait dans les régions du néo-pallium de formation embryologique récente [Gullotta (6)]. On a renoncé actuellement à établir de tels rapports et, comme pour la démence sénile, on ignore pourquoi, suivant les cas, telle région plutôt qu'une autre est frappée d'atrophie, mais, remarque importante, les zones atrophiées sont généralement symétriques.

Tout en reconnaissant que les lésions de la maladie de Pick se rapprochaient de celles de la démence sénile, on lui attribua certains caractères anatomo-pathologiques particuliers, tels que la présence de corpuscules argentophiles dans le cytoplasma des cellules ganglionnaires, le gonflement de la cellule nerveuse et, comme signes négatifs, l'absence de plaques séniles et de la lésion neurofibrillaire d'Alzheimer.

Il est admis qu'il n'y a pas de lésions cellulaires spécifiques de la sénilité [Carnevali (7)]. La présence de corpuscules argentophiles dans les cellules ganglionnaires, peut s'observer dans la démence sénile simple, dans la maladie d'Alzheimer et dans la démence paralytique de Lissauer [Merritt, Houston et Springola (8)]. La lésion neuro-fibrillaire d'Alzheimer et les inclu-

(1) A. DEWULF. — Un cas de maladie de Pick avec lésions prédominantes dans les noyaux gris de la base du cerveau. Etude clinique et anatomo-pathologique. *Soc. Belge de Neurol. et Soc. de Méd. ment. de Belgique*, 25 mai 1925.

(2) P. DIVRY, J. TITECA et G. VERMEULEN. — Atrophie de Pick. Etude anatomo-pathologique. *Soc. belge de Neur. et de Méd. ment. de Belgique*, 25 mai 1935.

(3) E. BECKER. — Contribution clinique et anatomique à l'étude de la maladie de Pick. *Monatssch. f. Psychi. und Neurol.*, vol. 92, 2, 1935.

(4) M. CARON. — *Loc. cit.*

(5) K. ONARI et H. SPATZ. — Contribution anatomique sur la question de l'atrophie circonscrite de Pick. *Ztsch. f. d. ges. neur. u. Psych.*, février 1926, p. 470.

(6) GULLOTTA. — Maladie de Pick. *Riv. di Pat. nerv. e Ment.*, mai-juin 1932, p. 600.

(7) G. CARNEVALI. — Contribution à l'étude des altérations du corps strié dans la sénilité. *Loc. cit.*

(8) MERRITT, H. HOUSTON et SPRINGOLA. — Lissauer's dementia paralytica. *Arch. of. Neur. and Psych.*, mai 1932, p. 987.

sions de substance argentophile sont dues à un même processus physico-chimique [Lowenberg (1)]. Le gonflement de la cellule ganglionnaire est une lésion qui marque souvent le premier stade de l'évolution de la cellule vers l'atrophie et se rencontre dans la démence sénile et dans d'autres affections, entre autre dans la psychose aiguë de Korsakoff, d'origine alcoolique [Marchand et Courtois (2)].

Quant aux plaques séniles, elles peuvent faire défaut aussi bien dans la démence sénile que dans la maladie d'Alzheimer et la maladie de Pick [Marchand (3)]. Ce signe négatif ne saurait suffire pour établir un diagnostic entre ces diverses affections. D'ailleurs, les plaques séniles ne sont pas des altérations pathogénomiques des cerveaux séniles ; on les a signalées dans de nombreuses affections nerveuses ; dans l'épilepsie [Klarfeld (4)], dans l'alcoolisme [Simchowicz (5)], dans la psychose périodique [Hubner (6)], dans le tabès juvénile [Alzheimer (6)], dans la schizophrénie [Grunthal (7)], dans la psychose de Korsakoff [Simchowicz (8)], chez des déments précoces âgés (Simchowicz), dans la polynévrite [Marinesco (9)], dans la sclérose tubéreuse [Bielchowsky (10)], dans la sclérose latérale amyotrophique [Bogaert et Bertrand (11)], dans la tuberculose [Struwe (12)]. Nous les avons souvent observées dans la mélancolie dite d'involution (fig. 12).

Le diagnostic entre la maladie d'Alzheimer et la maladie de

(1) LOWENBERG. — *Loc. cit.*

(2) L. MARCHAND et A. COURTOIS. — La psychose aiguë de Korsakoff des alcooliques (encéphalomyélite parenchymateuse). *Revue neur.*, octobre 1934, p. 425.

(3) L. MARCHAND. — Recherches sur l'origine des plaques séniles dans le cortex cérébral. *Ann. d'Anat. path.*, juin 1932, p. 569.

(4) L. KLARFELD. — Die Anatomie der Psychosen. *Bumkes Lehrbuch der Geisteskrankheiten*, 1924.

(5) T. SIMCHOWICZ. — Histologische Studien über die senile Dementz. *Nissl-Alzheimer Arb.*, 4, 271, 1910.

(6) ALZHEIMER. — Cité par Cuel. *Loc. cit.*, p. 60.

HABNER. — Sur l'histopathologie de l'écorce du cerveau sénile. *Arch. f. Psychi.*, t. XLVI, fasc. 2, 1909, p. 598.

(7) E. GRUNTHAL. — Ueber die Alzheimersche Krankheit. *Zeit. Neur.*, 1926, p. 128.

(8) T. SIMCHOWICZ. — Sur la signification des plaques séniles et sur la formule sénile de l'écorce cérébrale. *Rev. Neur.*, t. I, 1924, p. 221.

(9) MARINESCO. — Nouvelles recherches sur les plaques séniles. *L'Encéphale*, sept.-oct. 1928, p. 716.

(10) BIELCHOWSKY. — Cité par Cuel. *Loc. cit.*, p. 60.

(11) L. BOGAERT et I. BERTRAND. — Pathological changes of senile type in Charcot's disease. *Arch. of Neurol. and Psychiat.*, sept. 1926, p. 263.

(12) F. STRUWE. — Histopathologische Untersuchungen ueber Entstehung u. Wesen der senilen Plaques. *Zeit. Neur.*, 1926, p. 29.

Pick est souvent impossible durant la vie. Ce n'est que sur des nuances que l'on s'est efforcé de faire une distinction entre ces deux affections, et encore ces nuances diffèrent-elles suivant les auteurs. Rothschild et Kasanin (1) reconnaissent que le tableau clinique de la maladie d'Alzheimer peut varier considérablement, ce qui rend le diagnostic très délicat. Pour Ferraro et Jervis (2), l'anxiété et la dépression, l'affaiblissement de la mémoire sont plus accentués dans la maladie d'Alzheimer que dans la maladie de Pick.

La palilalie, les itérations et la logoclonie sont des symptômes fréquents dans la maladie d'Alzheimer et se rencontrent rare-

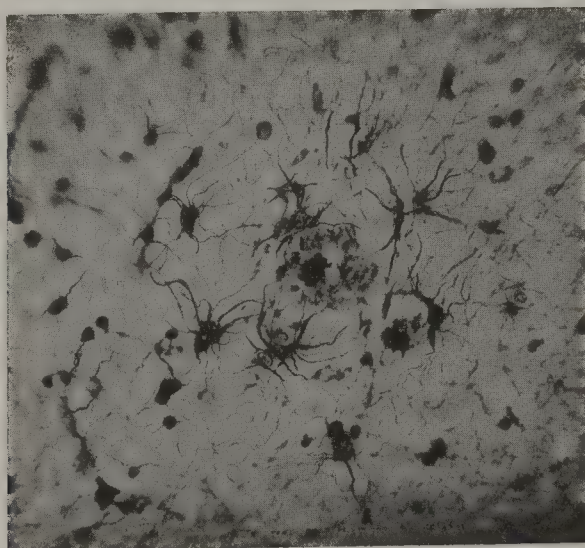


FIG. 12. — F. de soixante ans. Mélancolie présénile. Plaque sénile entourée de cellules hyperplasiées. Méth. de Bielschowsky. D = 325

ment dans la maladie de Pick. Par contre, les phénomènes écholaliques sont plus caractéristiques de la maladie de Pick. Les crises épileptiques, fréquentes dans la maladie d'Alzheimer, sont rares dans la maladie de Pick. Ainsi, entre les deux maladies, il y a des traits communs si nombreux qu'en présence de certains cas, les uns portent le diagnostic de maladie de Pick, et les autres celui de maladie d'Alzheimer [Samuchin, Birenbaum et Wy-

(1) ROTSCCHILD et KASANIN. — *Loc. cit.*

(2) FERRARO et JERVIS. — *Loc. cit.*

gotsy (1), Horn et Stengel (2), Baonville, J. Ley et J. Titeca (3)].

Les lésions elles-mêmes ne sont pas spéciales à l'une ou à l'autre affection et on ne peut se baser sur la présence ou l'absence des plaques séniles (Braunmuhl), de la lésion neurofibrillaire d'Alzheimer, des corpuscules argentophiles, pour établir un diagnostic. Ce qui semble ressortir des divers protocoles anatomopathologiques c'est que les lésions atrophiques sont plus diffuses dans la maladie d'Alzheimer et plus localisées dans la maladie de Pick [Mayano (4), Gordon (5)], ce qui déterminait plusieurs cliniciens à préciser le diagnostic au moyen d'encéphalogrammes [Spagnoli (6), Hoedemaker et Matthews (7), Flugel (8)] ou de ventriculographie [Vermeulen (9)]. Liebers (10) a rapporté un cas qui, cliniquement, avait été diagnostiqué maladie d'Alzheimer. A l'autopsie, le cerveau présentait une atrophie prononcée du lobe pariéto-occipital qui fit poser le diagnostic de maladie de Pick. A l'examen histologique, l'auteur constatait les lésions de la maladie d'Alzheimer.

D'après les considérations précédentes, les plus grands rapports existent entre la démence sénile sans athérome avec ses lésions atrophiques pouvant prédominer sur certaines zones cérébrales et la maladie d'Alzheimer et la maladie de Pick. Ce ne sont là que trois modalités d'une même maladie dont le principal caractère est la dégénérescence généralisée des éléments parenchymateux cérébraux entraînant une atrophie cérébrale tantôt simplement diffuse, tantôt diffuse avec prédominance sur certaines régions cérébrales.

Quant aux lésions histologiques particulières que l'on a voulu

(1) N. B. SAMUCHIN, G. B. BIRENBAUM et L. S. WYGOTSKY. — Contribution à la question de la démence au cours de la maladie de Pick. *Sowietskaia Nevropat. Psychi. Psichogigiena*, t. 3, f. 6, 1934.

(2) L. HORN et E. STENGEL — Etude anatomo-clinique de l'atrophie de Pick. *Ztsch. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 1930, p. 673.

(3) H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA. — Maladie de Pick et maladie d'Alzheimer. *Soc. belge de Neurol. et Soc. de Méd. ment. de Belgique*, 25 mai 1935.

(4) MAYANO. — *Loc. cit.*

(5) A. GORDON. — Pick's (or Alzheimer's) disease. *Arch. of Neur. and Psychi.*, 2, 1935, p. 214.

(6) B. SPAGNOLI. — De l'exploration encéphalographique dans un cas de syndrome de Pick probable. *Il cervello*, juillet 1935, p. 240.

(7) E. O. HOEDEMAEKER et R. A. MATTHEWS. — *Arch. of Neur. and Psychi.*, 2, 1932, p. 1449.

(8) E. FLÜGEL. — *Ergebn. d. inn. Med. und Kinderh.*, 1932, p. 327.

(9) G. VERMEULEN — Maladie de Pick. *Soc. belge de Neur. et Soc. de Méd. ment. de Belgique*, 25 mai 1935.

(10) M. LIEBERS. — Maladie d'Alzheimer avec atrophie de Pick dans le lobe pariéto-occipital. *Arch. f. Psychi.*, juin 1933, p. 101.

attribuer à l'une plutôt qu'à l'autre de ces affections, aucune d'entre elles ne peut servir à les caractériser.

Le seul point sur lequel semblent d'accord la plupart des auteurs, c'est le développement de ces affections à l'âge sénile ou présénile, caractère étiologique bien pauvre. Meissner (1) s'élève, avec juste raison, contre la facilité avec laquelle on porte le diagnostic de psychose sénile ou présénile, de psychose d'involution qui ne repose sur aucune base solide. Or, en ce qui concerne la maladie d'Alzheimer et la maladie de Pick, cette étiologie est discutée puisque l'on a décrit des cas survenant chez des sujets relativement jeunes, de sorte que l'on a pu décrire, à côté du type présénile, une forme précoce et même une forme juvénile. Cette seule constatation suffit à montrer que ces affections sont indépendantes de la sénilité [Kræpelin (2)].

Voici classés, suivant l'âge du début de l'affection, les différents cas de maladie d'Alzheimer que nous avons pu relever, dans lesquels la sénilité ne peut être invoquée : homme de 45 ans [Kasanin et Crank (3)] ; femme de 41 ans [Schottky (4)] ; homme de 41 ans [Divry et Moreau (5)] ; homme de 39 ans [Pérusini (6)] ; homme de 38 ans [Jervis et Soltz (7)] ; femme de 37 ans [Urechia et Danetz (8)] ; femme de 37 ans [Lowenberg et Rothschild (9)] ; homme de 37 ans [Weimann (10)] ; femme de 36 ans [Lafora (11)] ; homme de 34 ans [Lowenberg et Waggoner (12)] ; femme de 33 ans [Barrett (13)] ; femme de 31 ans [Schnitzler (14)] ; sujet de 28 ans [Schaffer (15)] ; sujet

(1) J. MEISSNER. — Problème des psychoses de l'âge présénile et sénile. *Rocznik Psychiatryczny.*, t. 44, 1935.

(2) KRÆPELIN. — *Psychiatrie*, 8^e éd., Leipzig, J. A. Barth, 1922.

(3) J. KASANIN et R. P. KRANK. — Alzheimer's disease. *Arch. of Neur. and Psych.*, 2, 1933, p. 1180. *The J. of nerv. and ment. disease*, 2, 1933, p. 180.

(4) J. SCHOTTKY. — Ueber praesenile Verblodungen. *Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 1932, p. 333.

(5) P. DIVRY et M. MOREAU. — Maladie d'Alzheimer. *Congr. hollando-belge de Psych. et Neur.*, Amsterdam, mars 1934.

(6) PERUSINI. — *Loc. cit.*

(7) G. A. JERVIS et S. E. SOLTZ. — *Loc. cit.*

(8) URECHIA et DANETZ. — *Loc. cit.*

(9) LOWENBERG et ROTHSCHILD. — Alzheimer's disease. *Amer. J. Psych.*, sept. 1931, p. 269.

(10) WEIMANN. — Cité par Gruenthal. *Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 1926, p. 128.

(11) LAFORA — *Loc. cit.*

(12) H. LOWENBERG et R. W. WAGGONER. — Familial organic psychosis (Alzheimer's type). *Arch. of Neur. and Psych.*, t. 1, 1934, p. 737.

(13) A. BARRETT. — Degeneration of intracellular fibers. *Amer. J. of Insanity*, 1911, p. 333.

(14) SCHNITZLER. — Zur Abgrenzung des sogenannten Alzheimerschen Erkrankungs. *Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, Bd. 7, 1911, p. 34.

(15) K. SCHAFER. — Cité par Fenyes. *Loc. cit.*

de 28 ans [Fenyès (1)]. Enfin, Molamud et Lowenberg (2) ont noté les lésions de la maladie d'Alzheimer chez un garçon décédé à l'âge de 24 ans, chez lequel l'affection avait débuté à 15 ans.

Comme cas précoces de maladie de Pick, nous trouvons les cas de Lemke (3) (début à 50 ans), de Schneider (4) (début à 47 ans), de Richter (5) (début à 42 ans), d'Urechia et Mihalesco (6) (début à 42 ans), de Grunthal (7) (début à 42 ans), de Divry, Titeca et Vermeulen (8) (début à 41 ans), de Rosenfeld (9) (début à 38 ans), de Greenwood (10) (début à 36 ans), de Dewulf (11) (début à 35 ans), de Springer (11) (début à 30 ans), de Braunmühl (12) (début à 30 ans), de Guillain, Bertrand et Mollaret (13) (début à 29 ans). Lowenberg (14), dans son travail, conclut que la maladie de Pick peut apparaître aux différentes périodes de la vie.

Dans ces divers cas précoces de maladie d'Alzheimer et de maladie de Pick, on ne peut invoquer un processus sénile ou même présénile [Boyd (15)]. Certains auteurs ont alors considéré ces affections comme dues à une involution prématurée élective des neurones cérébraux [Pinéro et Orlando (16)], à une atrophie de caractère dégénératif et peut-être héréditaire [Altmann (17)],

(1) I. FENYÉS. — *Loc. cit.*

(2) W. MALAMUD et K. LOWENBERG. — Alzheimer's disease. *Arch. of Neur. and Psych.*, avril 1929, p. 805.

(3) R. LEMKE. — A contribution to the study of Pick's atrophie. *Arch. of psych. feb.*, 1934, p. 622.

(4) C. SCHNEIDER. — Maladie de Pick. *Monatsch. f. Psych. u. Neur.*, juin 1927, p. 220.

(5) RICHTER. — Une sorte d'atrophie particulière du cerveau frontal avec démence. *Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 1918, p. 128.

(6) C. J. URECHIA et MIHALESKO. — Démence progressive et profonde avec symptômes de foyer et substratum dégénératif. *Archives de Neurol.*, 1927, p. 81.

(7) E. GRUNTHAL. — Ueber ein Brüderpaar mit Pick'scher Krankheit. *Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 1930, p. 350.

(8) P. DIVRY, J. TITECA et VERMEULEN. — *Loc. cit.*

(9) ROSENFELD. — L'atrophie cérébrale partielle. *J. f. Psychol. u. Neur.*, 1909, p. 115.

(10) J. GREENWOOD. — A possible case of Pick's disease. *Arch. of Neur. and Psych.*, 1936, p. 414.

(11) A. DEWULF. — *Loc. cit.*

(12) VON BRAUNMÜHL und VON BUMKE. — *Handbuch des Geisteskrankheiten*, Berlin, J. Springer, 1931, vol. II, p. 673.

(13) G. GUILLAIN, I. BERTRAND et P. MOLLARET. — Considérations anatomo-cliniques sur un cas de maladie de Pick. *Ann. de Méd.*, 1934, p. 249.

(14) LOWENBERG. — *Loc. cit.*

(15) D. A. BOYD. — A contribution to the psychopathology of Alzheimer's disease. *The Amer. J. of. mental Science*, juillet 1936, p. 155.

(16) PINERO et ORLANDO. — Contribution à l'étude de la maladie de Pick. *Rev. de Crim. psiquia. y med. leg.*, n° 127, février 1935.

(17) ALTMANN. — Cité par Kaplinsky. *Loc. cit.*

Richter (1), Gans (2), Onari et Spatz (3), Nichols et Weigner (4), Gordon (5), Kplinsky (6), Korbsch (7), Divry, Ley et Titeca (8), J. Ley (9)].

Le diagnostic de démence précoce avait été noté chez plusieurs de ces malades qui, après examen anatomopathologique, furent ensuite considérés comme atteints de la forme juvénile de la maladie d'Alzheimer ou de la maladie de Pick (cas de Braunmühl, de Grunthal). Ces malades avaient présenté, en effet, des symptômes de démence précoce, tels que stéréotypies, négativisme, propos incohérents, verbigération. « Peut-être y a-t-il lieu, écrivent MM. Guiraud et Ey (10), d'attirer spécialement l'attention sur certaines schizophrénies tardives à évolution rapidement dementielle, qui pourraient bien être des manifestations authentiques d'atrophies de type Pick. » Ce sont donc les caractères des lésions cérébrales, plus que les symptômes cliniques, qui ont entraîné le diagnostic de maladie d'Alzheimer ou de Pick. C'est qu'en effet, certaines formes de démence juvénile, décrites sous les étiquettes de démence précoce ou de démence paranoïde, peuvent être rapprochées des formes juvéniles de la maladie d'Alzheimer et de la maladie de Pick. On ne relève, dans l'encéphale de ces sujets, que des lésions cellulaires chroniques de nature atrophique. Les lésions parenchymateuses peuvent présenter certains aspects qui rappellent ceux de la démence sénile, de la maladie d'Alzheimer, de la maladie de Pick. En nous basant, d'une part, sur la fréquence des tares héréditaires, d'autre part, sur l'absence d'une cause importante infectieuse ou toxique dans la pathogénie de cette forme de démence précoce, nous avons émis l'hypothèse qu'il s'agissait surtout d'une dysgénésie des éléments psychiques cérébraux en

(1) RICHTER. — *Loc. cit.*

(2) GANS. — *Loc. cit.*

(3) ONARI et SPATZ. — *Loc. cit.*

(4) I. C. NICHOLS et W. C. WEIGNER. — Pick's disease. *Arch. of Neur. and Psych.*, 2, 1934, p. 241.

(5) A. GORDON. — *Loc. cit.*

(6) N. S. KAPLINSKY. — Atrophie en foyer du cerveau (maladie de Pick). *Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, fév. 1929, p. 670.

(7) H. KORBSCH. — Maladie de Pick. *Psychiatrisch-Neuro-Wochens.*, n° 31, 1934.

(8) P. DIVRY, J. LEY et I. TITECA. — Maladie d'Alzheimer avec atrophie frontale prédominante. *Soc. belge de Neurol. et Soc. de Méd. ment. de Belgique*, 25 mai 1935.

(9) L. LEY. — Introduction générale à l'étude de la maladie de Pick. *Soc. belge de Neurol. et Soc. de Méd. ment. de Belgique*, 25 mai 1935.

(10) P. GUIRAUD et H. EY. — Diagnostic clinique et examen anatomique d'un cas de maladie de Pick. *Soc. Méd.-Psych.*, 10 décembre 1936.

rapport avec une tare originelle des germes des ascendants et que l'on pouvait admettre que les éléments, dans ces formes chroniques d'emblée, ou bien, ne pouvaient atteindre leur complet développement (forme constitutionnelle de la démence précoce), ou bien, commençaient à s'atrophier à une époque de la vie où la sénilité ne pouvait être invoquée (forme constitutionnelle de la démence paranoïde) (1).

Il est intéressant de noter que c'est cette même pathogénie basée sur les tares héréditaires, qu'invoquent les auteurs à propos des formes juvéniles de la maladie d'Alzheimer et de la maladie de Pick. Nous pouvons également accorder la plus grande importance à la notion du terrain dans la démence sénile et les formes séniles et préséniles de la maladie d'Alzheimer et de la maladie de Pick. Nous avons signalé, dans nos observations de démence sénile sans athérome, la fréquence de la même maladie chez les ascendants et les collatéraux.

Lhermitte et Nicolas (2), dans leur important travail, écrivent : « Ce senium proecox, dont l'étiologie est encore incertaine, affecte surtout les sujets dont l'hérédité psychopathique est chargée et bien souvent, cette sénilité psychique prématurée est le lot des descendants des déments séniles. » On a décrit des cas de démence sénile chez des jumeaux [Scheele (3)]. Lowenberg et Waggener (4) ont observé cinq membres de la même famille portant sur deux générations, atteints de la maladie d'Alzheimer. Caron (5), dans la maladie de Pick, note, dans les antécédents familiaux, avec une fréquence notable, des affections présentant une certaine parenté avec cette maladie. Il cite le cas de Springlova (6) dans lequel la mère et la grand'mère de la malade avaient été démentes à un âge avancé ; le cas de Kufs (7) dans lequel la malade avait une sœur qui aurait été atteinte de la même maladie ; les deux cas de Grunthal (8), qui ont trait à deux frères atteints de la maladie de Pick à 42 et 45 ans.

(1) L. MARCHAND. — Considérations anatomocliniques sur la démence précoce. *Soc. Méd.-Psych.*, 26 décembre 1927.

(2) J. LHERMITTE et NICOLAS. — La démence sénile et ses formes anatomocliniques. *L'Encéphale*, nov. 1924, p. 583.

(3) H. SCHEELE. — Ueber ein Konkordantes zweieiiges Zwilligspaar mit seniler Demenz. *Zeitsch. f. d. ges. Neurol. u. Psych.*, 1933, p. 606.

(4) K. LOWENBERG et R. W. WAGGENER. — *Loc. cit.*

(5) M. CARON. — *Loc. cit.*

(6) SPRINGLOVA. — Atrophie lobaire de Pick. *Zentralb. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 1927, p. 135.

(7) H. KUSF. — Beitrag zur histopathologie der Pickschen umschriebenen Grosshirnrindenatrophie. *Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 1927, p. 786.

(8) E. GRUNTHAL. — *Loc. cit.*

Braunmühl et Leonhard (1) ont observé deux sœurs, Schmitz et Meyer trois sœurs atteintes de cette maladie. Schmitz et Meyer (2), Braunmühl (3), Grunthal (4), l'ont vu survenir dans deux générations ; Smith et Meyer et Braunmühl dans trois générations, Thorpe (5) reconnaît aussi que l'hérédité similaire est fréquente.

LES ENCÉPHALOSSES

Pour les raisons que nous venons d'énumérer, certains auteurs, abandonnant l'idée que le processus de la sénilité était le substratum des états classés sous le terme de démence sénile, de maladie d'Alzheimer et de maladie de Pick, les rapprochaient d'autres formes d'abiotrophie dégénérative héréditaire. On compara la maladie de Pick à la chorée de Huntington [Kufs (6), Stief (7), Kihn (8)], à l'atrophie cérébelleuse de Pierre Marie [Spatz (9), Verhaart (10)], à l'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse [Giljarowsky (11)], à la sclérose latérale amyotrophique [Von Braunmühl (12)], à la maladie de Tay-Sachs [Ferraro et Jervis (13)]. Nous pouvons ajouter à cette énumération la démence précoce constitutionnelle, certaines psychoses paranoïdes et nombre d'états psychopathiques liés à l'atrophie du cortex cérébral et classés dans les psychoses d'involution sénile [H. Claude et J. Lhermitte (14), Foix et Nicolesco (15)].

Toutes ces affections rentrent dans le groupe des affections

(1) VON BRAUNMÜHL et K. LEONHARD. — Ueber ein schwesternpaar mit Pickischer Krankheit. *Zeits. f. d. ges. Neurol. u. Psych.*, 1934, p. 209.

(2) SCHMITZ et MEYER. — *Arch. f. Psych.*, 1933, p. 747.

(3) BRAUNMÜHL. — *Zentralb. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 1933, p. 232.

(4) GRUNTHAL. — *Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 1931, p. 464.

(5) E. T. THORPE. — Maladie de Pick. *The journal of Ment. Sc.*, avril 1932.

(6) KUSF. — *Loc. cit.*

(7) A. STIEF. — Zur Kasuistik der Pickschen Krankheit. *Zeitsch. f. d. ges. Neurol. u. Psych.*, 1930, p. 544.

(8) B. KIH. — Problème der Choreaforschung. *Nervenartz*, 1933, p. 505.

(9) H. SPATZ. — Anatomische befunde eines Falles von praeseniler Verblöding. *Zentralb. f. d. ges. Neurol. u. Psych.*, 1925, p. 73.

(10) W. T. G. VERHAART. — *Loc. cit.*

(11) W. GILJAROWSKY. — Zur Pathologie der Ruckentwicklungsprozesse. *Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 1932, p. 509.

(12) A. VON BRAUNMÜHL. — Neue Gesichtspunkte zur Problem der seniles Plaques. *Zentralb. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 1931, p. 358 et 391.

(13) A. FERRARO et G. A. JERVIS. — Pick's disease. Clinical and pathologie considerations. *Arch. of Neur. and Psych.*, 2, 1935, p. 1105.

(14) H. CLAUDE et J. LHERMITTE. — De certains états psychopathiques des vieillards liés à la sclérose et à l'atrophie du cortex cérébral. *L'Encéphale*, n° 9, 10 sept. 1910, p. 177.

(15) Ch. FOIX et I. NICOLESCO. — *Loc. cit.*

par abiotrophie ou de biodystrophie des éléments nerveux par faiblesse constitutionnelle ou congénitale, tirant leurs caractères cliniques, soit de la diffusion des lésions, soit de leur prédominance sur certaines régions cérébrales, ou sur certains systèmes. Ces affections sont des maladies dégénératives.

Ainsi, il existe tout un groupe d'affections cérébrales chroniques d'emblée, dans lesquelles le processus anatomo-pathologique ne consiste qu'en des lésions dégénératives des neurones sans aucune altération angionécrotique. Dans celles-ci, la prolifération névroglique, quand elle existe, est secondaire aux lésions cellulaires et les modifications du parenchyme n'entraînent aucune prédisposition aux hémorragies et aux ramollissements cérébraux. Ces syndromes rentrent dans le groupe des encéphaloses. C'est ce terme qu'emploie Meignant (1) en parlant de la maladie de Pick, ainsi que Claude, Lhermitte et Baruk (2), à propos d'une forme présénile de syndrome catatonique avec aphasie et troubles pseudo-bulbaires.

Les éléments nobles du cerveau, quand ils se sont développés normalement, sont destinés à conserver leurs fonctions jusqu'à l'extrême vieillesse. Ils naissent avec un dynamisme spécial pour chaque individu. Ils commencent leur évolution avec une certaine somme d'énergie héréditaire à dépenser ; suivant l'expression d'Herbert Spencer (3), ils naissent « avec un capital vital déterminé », de sorte que l'on peut admettre qu'il existe tout un groupe d'affections mentales et neuropsychiques, rentrant dans le groupe des encéphaloses, dans lesquelles la lésion principale consiste en l'involution prématurée ou tardive des neurones cérébraux. Tout en reconnaissant l'action nocive de multiples causes infectieuses, toxi-infectieuses ou toxiques pouvant venir, au cours de la vie, surajouter leurs effets, cette dégénérescence cellulaire abiotrophique est surtout le résultat de tares héréditaires ou congénitales. Les syndromes relevant de cette déficience originelle revêtent leurs caractères particuliers d'après l'âge auquel l'affection débute et d'après la prédominance des lésions neuronales atrophiques sur telle ou telle région de l'encéphale.

(1) MEIGNANT. — La maladie de Pick. *Presse médicale*, t. 2, 1932, p. 1320.

(2) H. CLAUDE, J. LHERMITTE et H. BARUK. — Pathologie de la présénilité. Syndrome catatonique avec négativisme unilatéral. Aphasie, troubles pseudo-bulbaires, perturbation de la circulation et de la nutrition par encéphalose diffuse. *L'Encéphale*, mars 1932, p. 177.

(3) Cité par E. HEDON. — *Précis de Physiologie*, 1926, p. 68.

LES TENDANCES ACTUELLES DE LA PSYCHIATRIE AUX ÉTATS-UNIS

PAR

C. MACFIE CAMPBELL (1)

- A. — *La grande diversité des conditions médico-sociales aux Etats-Unis.*
- B. — *Les efforts faits pour améliorer l'assistance aux aliénés et pour encourager les travaux scientifiques.*
- C. — *Liaison entre la psychiatrie et la médecine générale.*
- D. — *La sphère d'influence croissante de l'hôpital pour malades mentaux.*
- E. — *L'assistance aux enfants anormaux.*
- F. — *L'hygiène mentale.*
- G. — *L'éducation psychiatrique du médecin et du psychiatre spécialiste.*
- H. — *Les recherches psychiatriques.*
- I. — *Le mouvement psychanalytique.*

A. La grande diversité des conditions médico-sociales aux États-Unis

D'une façon générale on peut dire que la psychiatrie aux Etats-Unis fait des progrès avec une accélération croissante. L'esprit novateur, le génie d'organisation, l'audace et l'optimisme américains se font remarquer dans la psychiatrie de la même manière qu'ailleurs. La barrière entre la psychiatrie et la médecine générale est brisée. La clientèle commence à perdre sa timidité devant une consultation psychiatrique ; pour le public la psychiatrie est

(1) Cet article du Professeur C. Macfie Campbell, de Harvard University, fait partie d'une série d'articles consacrés par les *Annales Médico-Psychologiques* à une enquête internationale sur les tendances de la psychiatrie contemporaine (voir *Ann. Méd.-Psych.*, 1936, t. I, p. 359, 554 et 718).

presque à la mode ; pour les médecins elle offre une carrière de spécialiste plus attrayante qu'autrefois, et le jeune psychiatre n'est plus limité à une carrière d'asile d'aliénés. Il trouve des instituts et des hôpitaux de premier rang spécialisés pour les troubles mentaux et pourvus d'un outillage superbe.

Il est vrai qu'il y a le revers de la médaille. A côté de l'Institut superbe se trouve l'asile moyenâgeux ; dans certains états on traite l'aliéné avec tous les soins médicaux, mais il en est d'autres où les malades mentaux ont bien des chances de passer quelque temps dans une cellule de prison sans aucun soin médical. Dans la capitale elle-même, à Washington, D.C., administrée par une commission du Congrès, le malade doit être présenté au tribunal avant d'être interné au « St. Elizabeth's Hospital », hôpital fédéral pour les maladies mentales.

Dans quelques états la surveillance des malades mentaux est dirigée par des autorités dévouées et de haute compétence ; dans d'autres, la politique pénètre partout, les asiles d'aliénés ne sont pas exempts de l'exploitation, les médecins directeurs, les médecins assistants et même le personnel infirmier supérieur doivent abandonner leur situation quand leur parti politique subit une défaite aux élections.

L'avance de la psychiatrie ne se fait pas de façon progressive, mais d'une manière inégale ; derrière le front d'action déjà établi il y a beaucoup à faire encore, mais là aussi il y a une évolution et un commencement d'action.

La psychiatrie se poursuit dans les consultations privées, dans les cliniques universitaires, dans les grands hôpitaux publics, dans les hôpitaux privés, dans les services psychiatriques des hôpitaux généraux ; il y a aussi des services psychiatriques associés aux œuvres d'assistance, aux écoles, aux tribunaux, et en collaboration avec le commerce et avec l'industrie.

La plupart des aliénés se trouvent dans les hôpitaux psychiatriques dits « d'Etat », c'est-à-dire dirigés par le gouvernement central de l'Etat. En 1934, dans ces 171 hôpitaux dirigés par les 48 états, se trouvaient inscrits 368.821 malades ; de plus, il y avait 8.897 malades à l'hôpital fédéral, dans les hôpitaux cantonaux et municipaux, dans les services pour anciens soldats, dans les maisons de santé privées : on admit en 1934, dans ces divers hôpitaux, 134.237 malades.

Chaque état a ses lois propres et son administration individuelle, ses ressources financières propres, ses traditions propres ; dans les divers états il existe une grande diversité d'origines raciales, de préjugés sociaux, de croyances religieuses. Les états

du sud sont moins riches que ceux du nord, ils ont une population noire considérable ; les états de l'ouest ont une population plus éparse que ceux de l'est, ils sont plutôt agricoles tandis que ceux-ci sont industriels.

Dans les états, on rencontre donc une grande diversité d'attitude à l'égard de tout ce qui touche le sort des malades mentaux. On trouve ici une attitude d'indifférence complète, là un intérêt vif et éclairé. Le malade d'une région géographique reçoit des soins médicaux dès le commencement de sa maladie et entre dans un hôpital spécialisé pour les malades mentaux, après une procédure tout à fait médicale ; le malade d'une autre région doit attendre en prison jusqu'à ce que le « sherrif » vienne le conduire à un hôpital à distance éloignée. Les certificats de placement varient d'une juridiction à une autre ; tantôt il faut un certificat, tantôt il en faut deux, parfois aussi un juge doit y ajouter sa signature. Entré à l'hôpital, le malade peut se trouver dans un asile vieux ou dans un hôpital dernier cri. Les médecins peuvent être des naufragés de la pratique médicale, ou des spécialistes bien entraînés qui font un examen très à fond avec l'aide de tout l'équipement technique moderne.

B. Les efforts faits pour améliorer l'assistance aux aliénés et pour encourager les travaux scientifiques

Au milieu de cette diversité on trouve des forces unifiantes considérables. L'« American Psychiatric Association » s'intéresse vivement à tout ce qui regarde le bien-être des malades et les capacités du personnel employé dans ces hôpitaux. En 1917 elle précisait les statistiques uniformes qu'on pouvait demander à chaque hôpital et en acceptait le travail consécutif et administratif. De cette manière, dans chaque hôpital, les médecins devaient grouper les malades selon des cadres nosologiques uniformes, qui portaient l'empreinte de la psychiatrie allemande. En 1925 une commission de cette association, après une enquête systématique, a précisé d'une manière formelle les conditions requises du personnel, de l'équipement, de l'organisation médicale et administrative, que chaque hôpital devait remplir.

En plus du médecin directeur, les médecins devaient être au moins à raison d'un médecin pour 150 malades, et à raison d'un médecin pour quarante admissions. Le personnel infirmier devait être au moins à raison d'une infirmière pour 8 malades et dans les services spéciaux d'une infirmière pour 4 malades.

En 1925, les hôpitaux qui remplissaient ces conditions étaient peu nombreux, et il est regrettable que jusqu'à présent le nombre n'en ait pas beaucoup augmenté. On ne peut pas dire que les règlements de la commission furent sans effet, ils précisaient des mesures à prendre, ils permettaient aux autorités de mesurer les efforts nécessaires pour mettre les hôpitaux à un niveau convenable.

Par ses études régionales, le Comité National d'Hygiène Mentale donnait encore plus de précision aux mesures nécessaires qu'on attendait de divers états, et de cette manière aidait les législateurs et les gens intéressés dans l'assistance aux aliénés et aux déficients mentaux à faire passer des projets de loi et à faire voter les crédits nécessaires.

La grande association médicale des Etats-Unis, l'« American Medical Association », a aussi contribué à l'amélioration des hôpitaux. Ne réclamant pas le droit de statuer sur les nécessités de ces hôpitaux spéciaux, elle a pris pour tâche de dresser une liste des hôpitaux où l'interne en médecine ou en chirurgie, ou l'interne spécialiste, trouverait des conditions convenables au point de vue malades, bâtiments, équipement et personnel. Avec plusieurs organisations psychiatriques et neurologiques, elle a entrepris un examen systématique des faits, commencé en 1936 dans tous les hôpitaux des Etats-Unis.

Ces hôpitaux profiteront de l'activité de la nouvelle commission, inaugurée en 1934, et dont il sera parlé plus loin. Cette commission a pour fonction l'examen des médecins spécialistes en psychiatrie ou en neurologie. Pour remplir sa tâche la commission devra s'informer de la compétence des hôpitaux où les candidats désirent faire leurs études ou s'exercer dans leur spécialité. Une telle analyse doit nécessairement faire ressortir la valeur comparée des hôpitaux pour malades mentaux et encourager le maintien des hôpitaux à un niveau convenable. En vue de ces mesures, il est probable que dans ces hôpitaux les travaux de clinique et de laboratoire seront augmentés. Déjà bon nombre de travaux scientifiques remarquables sortent de ces hôpitaux. Dans bon nombre d'états l'administration centrale publie un journal scientifique qui sert à recueillir le résultat de ces travaux de clinique et de laboratoire en même temps que les communications administratives.

Dans l'administration des hôpitaux d'état le recrutement et l'entraînement du personnel infirmier présentent un problème de premier ordre. Cette profession n'a pas en général un prestige suffisant, l'éducation primaire trop souvent est défectueuse,

beaucoup s'en occupent d'une manière passagère. Cette difficulté est étroitement liée aux conditions sociales et industrielles. En même temps les prétentions officielles des grandes Associations d'Infirmières diplômées compliquent les mesures qu'on peut prendre dans l'intérêt du personnel infirmier des hospices d'aliénés.

Entre les grands hôpitaux ou asiles dirigés par les Etats et les maisons de santé privées sous la direction de médecins particuliers, se trouvent quelques hospices d'aliénés dirigés par des associations (1) fondées par des particuliers. Chacun d'eux reçoit deux ou trois cents malades. Ayant des ressources financières considérables, ils sont surtout destinés aux malades de classe moyenne, qui paient parfois une pension considérable mais qui pour certaines raisons peuvent aussi être reçus à un prix minime. Ces hôpitaux sont extrêmement bien installés, ont un large personnel médical et infirmier, des laboratoires bien équipés. Ils sont bien placés pour produire des travaux sérieux, travaux cliniques ou de laboratoire ; on peut citer les travaux biochimiques de Folin faits au « McLean Hospital » près de Boston, et les travaux cliniques d'August Hoch faits au même hôpital d'abord, et plus tard à « Bloomingdale Hospital » près de New-York.

C. Liaison entre la psychiatrie et la médecine générale

Dans les vingt dernières années la psychiatrie a trouvé place dans l'hôpital public et s'y est établie avec un plein droit de cité. L'hôpital public commence à accepter la responsabilité de traiter les désordres inhérents à la personnalité des malades, et en même temps leurs maladies. On installe des services psychiatriques, et même des bâtiments spéciaux ; dans les salles médicales et chirurgicales les psychiatres sont utilisés au même titre que les autres médecins spécialistes. On en avait déjà fait l'innovation en 1902 quand l'hôpital public d'Albany installa un service pour les malades mentaux dans un bâtiment spécial, le fameux « Pavillon F » (D^r Mosher).

Des installations du même genre mais beaucoup plus somptueuses ont été établies plus tard, grâce à la générosité princière de particuliers. Au « Johns Hopkins Hospital », à Baltimore,

(1) (McLean Hospital, Mass., New-York Hospital, Westchester Division (antérieurement Bloomingdale Hospital), N. Y., Butler Hospital, R.I., Pennsylvania Hospital for Mental Diseases, Penn., Sheppard-Pratt Hospital, Md., etc.).

s'éleva la Clinique psychiatrique Henry Phipps (Professor Adolf Meyer) ; au New York Hospital, New York City, s'éleva la Clinique psychiatrique Payne Whitney (Professor William L. Russell, Professor George S. Amsden, Professor Oskar Diethelm).

Pendant cette même période, sous la direction de quelques états, on a vu surgir des hôpitaux psychiatriques étroitement liés avec des hôpitaux publics ou avec des Ecoles de médecine. On en peut citer comme exemples le Psychopathic Hospital à Ann Arbor, Michigan (Professor Albert M. Barrett), le Boston Psychopathic Hospital à Boston, Massachusetts (Professor Elmer E. Southard, Professor C. Macfie Campbell), le Colorado Psychopathic Hospital à Denver, Colorado (Professor Franklin G. Ebaugh), le New York State Psychiatric Hospital à New York City (Professor George H. Kirby, Professor Clarence O. Cheney, Professor Nolan D.C. Lewis).

Avec des organisations administratives différentes ces hôpitaux sont témoins du principe que les malades mentaux ont droit aux mêmes soins médicaux généraux et aux divers spécialistes que tous les malades de n'importe quel genre.

D. La sphère d'influence croissante de l'hôpital pour malades mentaux

Les fonctions des hospices d'aliénés d'état se sont élargies en même temps que se sont multipliés et développés les divers hôpitaux et services pour malades mentaux, tant privés que publics. L'hôpital d'état installe lui-même des consultations externes dans l'hôpital ou dans les villes avoisinantes, s'intéresse au milieu domestique, social, industriel des malades, prend part aux séances des sociétés médicales, se met en collaboration étroite avec l'école, le tribunal, les œuvres d'assistance familiale et sociale (vid. Jackson and Pike, *American Journ. Ins.*, IX, sept. 1929). Certes, c'est seulement dans un petit nombre d'états qu'on trouve actuellement des hôpitaux ayant un tel programme, mais ce petit nombre sert déjà comme démonstration et comme inspiration.

E. L'assistance aux enfants anormaux

La psychiatrie s'occupe des déficients mentaux aussi bien que des aliénés et des psychopathes, et dans chaque état on trouve des instituts pour les formes graves d'insuffisance mentale. Il

existe la même diversité dans les institutions qui s'occupent de l'assistance aux enfants anormaux que pour les maisons de santé pour malades mentaux. Il y a des institutions arriérées qui ne s'occupent que des anormaux internés, il y en a d'autres qui possèdent des consultations externes et qui offrent une collaboration étroite aux écoles. Comme dans les autres pays c'est seulement une infime minorité des enfants arriérés qui peuvent être internés dans des instituts et recevoir un enseignement spécial adapté à leur mentalité. La plupart des enfants déficients doivent rester dans la famille, et c'est seulement dans des états exceptionnels qu'on fait des efforts suffisants pour organiser l'enseignement spécial des déficitaires dans les écoles.

Les problèmes de l'enfance anormale excitent un assez vif intérêt public ; ils ont rendu nécessaire la collaboration étroite du psychiatre, du psychologue et du pédagogue. Les examens établissant l'état de l'intelligence introduits par Binet et Simon avec des buts précis et restreints ont fait fortune aux Etats-Unis. On les a reçus avec avidité, employés avec rage ; on les a modifiés et développés. Ils se prêtaient à la production en masse et à l'analyse statistique. L'emploi universel de ces examens démontrait qu'il y a beaucoup de bons déficitaires, et que jusqu'ici on avait considéré les mauvais déficitaires d'une manière trop exclusive.

Avec l'aide de ces examens on a fait l'analyse de la population scolaire, du personnel industriel, des délinquants tant adultes que juvéniles. Les mesures administratives basées sur les résultats de ces examens psychologiques varient selon les états. Dans les écoles de l'Etat de Massachusetts, chaque élève retardataire dans ses classes de trois degrés scolaires doit être l'objet d'un examen assez approfondi, et, pour ces enfants, des classes d'enseignement spécial doivent être établies. Dans ces examens les psychiatres des instituts pour « insuffisants mentaux » sont très actifs. Dans d'autres états il n'y a pour les arriérés que des internats peu nombreux traitant les formes graves d'insuffisance mentale.

F. L'hygiène mentale

D'un côté on peut voir aux Etats-Unis des efforts sérieux et systématiques pour parer aux besoins des aliénés et des arriérés ; de l'autre, on peut rencontrer un manque total de tels efforts. En face d'une distribution tellement inégale d'efforts éclairés, le Comité National d'Hygiène Mentale a rendu des services de haute valeur. Le premier comité d'hygiène mentale fut fondé en

Connecticut en 1908 sous l'inspiration de Clifford Beers ; le Comité National d'Hygiène Mentale date de 1909. Le premier Congrès International d'Hygiène Mentale, réuni à Washington, D.C. en 1931, fut la démonstration éblouissante de l'œuvre accomplie par cette organisation.

D'abord le Comité National a pris pour tâche de corriger les abus et de remédier aux insuffisances dans la surveillance des aliénés et des anormaux mentaux. Il réunissait un groupe distingué de psychiatres, de psychologues, de pédagogues et de laïques bienfaisants et philanthropes. Ce programme s'est développé avec rapidité. Il a même atteint une étendue quelquefois un peu déconcertante par rapport aux ressources financières limitées dont disposait le comité. Sa première tâche fut de propager aussi largement que possible les principes et les méthodes psychiatriques, de réduire et, ensuite, de faire disparaître le stigmate médiéval qui pèse si lourdement sur les malades mentaux et qui retarde le diagnostic et le traitement de leurs maladies. Il faisait des inspections régionales, présentait des suggestions d'amélioration, esquissait des projets de loi, encourageait les appropriations législatives pour l'assistance des aliénés. Il cherchait à organiser et à coordonner tous les efforts faits dans l'intérêt de l'hygiène et de la prophylaxie mentales.

On choisissait pour la propagande des problèmes d'une certaine actualité, l'éducation dans la petite enfance et dans l'âge préscolaire, l'éducation des enfants arriérés ou délinquants, les mesures à prendre en face des difficultés qu'on rencontre dans la famille et dans l'école. On mettait au point ce qu'on savait sur les désordres de la personnalité dans le personnel ouvrier. On insistait sur la part que joue dans les œuvres d'assistance médico-sociale la mentalité des clients. On démontrait la nécessité de présenter aux tribunaux des études sur l'équilibre mental de l'individu accusé.

Le Comité National fournit un point de ralliement pour un grand nombre d'organisations intéressées à l'hygiène mentale ; il sert comme bureau central d'information, il donne son appui aux efforts faits pour acquérir les ressources financières dont beaucoup de projets importants dépendent. La question du personnel psychiatrique l'intéresse sérieusement, et dernièrement il a établi une division spéciale qui s'occupe de l'éducation psychiatrique. Cet intérêt n'est pas limité à l'éducation de l'étudiant en médecine mais regarde l'éducation psychiatrique de l'interne des hôpitaux et l'entraînement spécial que doit subir chaque médecin qui veut s'adonner à cette spécialité médicale.

Grâce aux efforts du Comité National, renforcés sans doute par beaucoup de tendances contemporaines, le point de vue psychiatrique est devenu beaucoup plus familier dans les hôpitaux et dans les Ecoles de Médecine aussi bien que dans les écoles, les tribunaux, les œuvres de bienfaisance, et dans la pensée contemporaine en général.

Un bel exemple des efforts du Comité National d'Hygiène Mentale est fourni par les « Child guidance clinics », services médico-pédagogiques qui s'occupent du traitement psychothérapique des enfants anormaux ou difficiles.

En 1909, le Dr William Healy faisait déjà des études systématiques d'enfants délinquants au « Juvenile Psychopathic Institute de Chicago » ; après 1917, il continua ces études à Boston dans la « Judge Baker Clinic ». Dans le dispensaire du « Boston Psychopathic Hospital » (1912) et celui du « Phipps Psychiatric Clinic » à Baltimore (1913), on s'est occupé des problèmes médico-pédagogiques de toute espèce. En 1922, le Comité National, intéressé d'abord par la délinquance, avec des fonds spéciaux mis à sa disposition par une grande fondation financière (The Commonwealth Fund), abordait les problèmes de l'enfance anormale ou délinquante d'une manière sérieuse, installait des services de « child guidance » dans certaines villes (St-Louis, Mo. ; Norfolk, Va. ; Dallas, Tex. ; Red Bank, N.J. ; Minneapolis et St-Paul, Minn. ; Los Angeles, Cal. ; Cleveland, O. ; Philadelphia, Penn.), faisait une analyse systématique des meilleures méthodes et des formes d'organisation de tels services.

Chaque service devait en même temps assurer aux enfants toute l'assistance dont ils avaient besoin, susciter l'intérêt des œuvres d'assistance de toute espèce pour la neuropsychiatrie infantile, faire connaître au grand public les besoins de l'enfance. Grâce à l'exemple offert pendant une période de cinq ans (1922-1927) par ces « Child guidance clinics » du National Committee, plus de 200 autres ont surgi rapidement à travers les Etats-Unis.

L'influence d'un tel service ne s'est pas bornée à ceux qui sont en contact direct avec les enfants anormaux ou difficiles ; les « Child guidance clinics » sont en liaison étroite avec un grand nombre d'œuvres sociales, leurs doctrines s'infiltrèrent dans les familles et les écoles, rendent plus efficaces les œuvres de bienfaisance, pénètrent dans les tribunaux, imprègnent insensiblement la pensée sociale de la communauté, aident fortement à l'hygiène et à la prophylaxie mentales. En règle générale l'équipe d'une telle « Child guidance clinic » est composée d'un psychiatre, d'un psychologue et d'une ou de plusieurs assistantes sociales.

Evidemment un tel budget est au delà des ressources financières de mainte communauté.

Pendant cette dernière vingtaine d'années le grand public a témoigné un intérêt toujours croissant à l'hygiène mentale. Il s'intéresse plus sérieusement qu'autrefois à l'assistance aux aliénés, il n'hésite pas à approfondir l'organisation et le fonctionnement des hôpitaux mentaux. On doit souligner les différences locales dans les divers états à cet égard comme à l'égard des ressources financières, des lois sur le régime des aliénés, et des compétences médicales et administratives du personnel.

G. L'éducation psychiatrique du médecin et du psychiatre spécialiste

Il existe une diversité énorme dans les compétences du personnel psychiatrique aux Etats-Unis. Dans quelques pays on ne reconnaît comme médecin spécialiste de psychiatrie qu'un médecin qui a fait des études préparatoires suffisantes et qui a satisfait aux exigences d'une commission spéciale.

Tout récemment encore, aux Etats-Unis, il n'y avait pas le contrôle du soi-disant psychiatre. Chaque médecin possédant une expérience quelconque ou un manque d'expérience, si bon lui semblait, pouvait se faire inscrire comme psychiatre sur le registre officiel de l'Association médicale nationale (American Medical Association). Il pouvait s'établir comme spécialiste, il pouvait faire des expertises pour les tribunaux, sujet certes aux critiques des avocats mal disposés. Dans quelques états, une influence politique malsaine, dans d'autres le manque de candidats convenables, introduisait dans les hospices d'aliénés des médecins manquant presque totalement d'expérience psychiatrique. La situation tenait en partie aux conditions sociales et politiques, mais la profession médicale et les écoles de médecine avaient aussi leur part de responsabilité. Les Ecoles de Médecine ont été assez tardives à accorder à la psychiatrie sa propre place ; on a dénommé la psychiatrie la « belle-fille » de la médecine. Dans beaucoup d'Ecoles de Médecine universitaires il n'y avait pas de chaire de psychiatrie, la psychiatrie étant alors l'apanage de la neurologie ou de la médecine. En général le professeur de psychiatrie, s'il y en avait un, faisait ses leçons cliniques à l'asile d'aliénés communal ou municipal du voisinage, et n'enseignait pas dans un service qu'il dirigeait lui-même.

La première Clinique psychiatrique universitaire ne fut établie

qu'en 1907 à Ann Arbor, Michigan (Professor Albert M. Barrett), de cette manière l'Etat de Michigan fournit un bel exemple à toutes les Ecoles de Médecine américaines, mais les cliniques universitaires ne sont pas encore suffisantes.

En 1930, il y avait des Ecoles de Médecine où les étudiants de médecine ne recevaient aucune instruction psychiatrique, et grand nombre d'Ecoles de Médecine où l'instruction psychiatrique était insuffisante. On ne trouvait que 9 écoles où l'instruction psychiatrique était suffisante. Le jeune médecin qui avait terminé ses études en médecine et qui désirait être reconnu comme spécialiste en psychiatrie travaillait dans les cliniques universitaires ou dans des services équivalents ou il atteignait le but désiré par une route plus médiocre. L'insuffisance des cours d'études psychiatriques pour les étudiants en médecine et le manque d'organisation des études supérieures se faisaient sentir d'une manière pénible.

Enfin, en 1934, fut organisée une commission de spécialistes, qui prit le nom d' « American Board of Psychiatry and Neurology », et dont le but était de préciser les temps d'études et l'expérience nécessaire pour qu'un candidat pût se présenter devant la commission en vue d'obtenir un diplôme de spécialiste en psychiatrie. Pour ceux qui terminèrent leurs études après 1929 un examen systématique fut obligatoire. Avant de se présenter pour l'examen, un candidat devait avoir terminé ses études en médecine, avoir fait son internat et avoir travaillé pendant trois ans de plus dans des services psychiatriques ou neurologiques et deux ans de plus dans le domaine psychiatrique sans prescription spéciale. En 1937, près de 300 médecins possèdent ce diplôme -de spécialiste. Le diplôme a eu des répercussions remarquables dans les Ecoles de Médecine et dans les hôpitaux pour malades mentaux. Chaque Ecole de Médecine a dû se demander si elle était en état de fournir l'enseignement nécessaire au futur candidat pour ce diplôme. Les hôpitaux ont trouvé dans le diplôme une méthode bien commode pour s'assurer un personnel spécialiste garanti d'une certaine instruction et d'expérience. Les tribunaux, les médecins ordinaires, et le grand public peuvent s'assurer d'un certain degré de compétence spéciale dans le psychiatre diplômé.

H. Les recherches psychiatriques

Il est plus facile de donner un aperçu des tendances qui ont trait aux aspects administratifs et pratiques de l'assistance aux

aliénés et aux anormaux, que de faire un sommaire des tendances attachées aux doctrines et aux méthodes de la psychiatrie. Avec le nombre de cliniques universitaires, d'asiles d'aliénés, de services spéciaux dans les hôpitaux, de recherches spéciales sous des auspices divers, de travaux psychiatriques dans le domaine de l'école, du tribunal, de l'industrie, des œuvres sociales de tout ordre, on pourrait composer une bibliographie formidable des communications psychiatriques américaines. Notre tâche n'est pas de faire une énumération mais de faire ressortir les tendances spéciales qui caractérisent les travaux des vingt dernières années environ.

La première tendance se montre dans la qualité concrète, totalitaire des recherches cliniques. La psychiatrie américaine ne s'est pas trop occupée de la nosologie ni de la symptomatologie détaillée ni des questions de classification et de diagnostic. Elle s'est plutôt intéressée à la totalité de la situation présentée par le malade. Elle n'a pas éliminé la situation sociale du malade, et n'a pas fait abstraction du syndrome présent de la continuité des événements de la vie individuelle, elle n'a pas abstrait les symptômes psychologiques des autres aspects de la vie de l'organisme humain. Certes, pour rapporter les observations, pour préciser les relations, pour décrire les méthodes et les résultats, pour faire ressortir l'important au point de vue pratique ou théorique, il est nécessaire de faire des abstractions provisoires. Même en discutant certains aspects d'une observation intéressante ou d'un groupe clinique, le psychiatre américain, en général, ne laisse pas le lecteur oublier qu'au delà des aspects cités, il y en a d'autres avec leur propre valeur. Avec des cadres kræpelinien on fait appel aux mécanismes freudiens; en employant le langage psychologique on ne perd pas de vue les données de la physiologie; en présentant l'évolution de la personnalité individuelle, on rend justice aux réactions entre le malade et son milieu.

Au commencement du siècle, l'influence de la psychiatrie allemande dominait le monde psychiatrique, et on faisait valoir les avantages de la classification de Kræpelin. Dans ces vingt dernières années, s'est dégagée une tendance à s'émanciper des systèmes de classification, et à exprimer les problèmes de la clinique en des termes plus rapprochés de la vie ordinaire. Cela tenait en partie au fait que la psychiatrie était sortie de ses confins hospitaliers sous l'influence de l'intérêt général pour l'hygiène mentale, pour les problèmes de l'enfant arriéré, psychopathe ou délinquant, pour les doctrines de Freud, et pour les problèmes de la personnalité qui touchaient la vie quotidienne.

Ce mouvement reçut un appui sérieux d'Adolf Meyer, qui d'abord à Worcester, Mass., puis à New-York, et finalement au Johns Hopkins Hospital, Baltimore, Md., exerça par son enseignement psychiatrique une influence dominante sur la psychiatrie américaine. Grâce à ces influences diverses on peut observer que dans les communications psychiatriques américaines on discute peu l'aspect formel d'une psychose ou les divers symptômes psychologiques ; on présente plutôt le malade lui-même, son adaptation défectueuse à une situation particulière, les forces de sa personnalité, les qualités de ses dispositions héréditaires, les expériences qui les ont modifiées.

On peut dire que les travaux histo-pathologiques dans les psychoses diverses ont été peu nombreux ; les recherches importantes du D^r Charles B. Dunlap (Psychiatric Institute, N.Y.C.) sur les cerveaux de schizophréniques ont abouti à des résultats négatifs. Le nombre de neuropathologistes expérimentés qui s'intéressent aux problèmes de la psychiatrie est très restreint. Le laboratoire de neuropathologie a dû céder place au laboratoire biochimique.

Les mêmes tendances caractérisent le traitement psychiatrique et les études cliniques. On ne cherche pas autant les panacées ni les remèdes spécifiques pour des syndromes ou des maladies reconnues dans les cadres officiels. On fait plutôt le bilan des ressources personnelles et sociales, on cherche à relever le physique, à rétablir l'équilibre de la personnalité, à suppléer aux défauts du milieu ou à diminuer le poids des demandes sociales ; dans l'examen et dans le traitement des malades on a largement recours aux études de laboratoire et à l'assistance sociale.

Evidemment, il est quelques psychiatres qui s'intéressent surtout, même presque exclusivement, à un seul aspect de l'ensemble. Il y a ceux qui s'intéressent surtout à l'aspect somatique des désordres psychiatriques, ceux qui s'adonnent à l'analyse de la personnalité et des phénomènes psychologiques, ceux qui s'occupent en première ligne des réactions entre l'individu et le milieu social.

Pendant une certaine période, le regretté D^r Henry A. Cotton de l'Hôpital d'Etat à Trenton, N.J., donnait une importance excessive aux foyers d'infection comme causes de désordres mentaux et préconisait le traitement chirurgical des psychoses. Dans l'Hôpital d'Etat de Worcester, Mass., une équipe psychiatrique sous la direction du professeur R. G. Hoskins, endocrinologiste distingué, fait depuis plusieurs années des recherches sur la biochimie et la physiologie de malades schizophréniques. A New York, le

D^r George W. Henry a publié des travaux intéressants sur l'activité du système gastro-intestinal dans des psychoses différentes, et sur les symptômes catatoniformes produits par la bulbo-capnine. On a fait des études intéressantes sur la barrière hémato-encéphalique. Des études de ce genre se sont faites un peu partout.

Quant au traitement, citons les études sur l'effet de certains drogues ; on a essayé le traitement de la schizophrénie par la sédation profonde prolongée, on fait des expériences avec le choc hypoglycémique dans la schizophrénie, on discute les diverses méthodes de traiter le délire alcoolique.

Les centres psychiatriques américains ne sont pas associés très étroitement à des doctrines spéciales ; l'éclecticisme est plutôt la règle, les recherches suivent rarement des plans d'une grande complexité ou continuité. C'est peut-être par les recherches sur le traitement de la neurosyphilis et dans les recherches sur l'épilepsie que divers centres psychiatriques américains manifestent la plus grande continuité.

Pendant que, d'un côté, la psychiatrie américaine montre une forte tendance médico-sociale, de l'autre côté elle s'adonne avec avidité aux recherches détaillées sur les phénomènes biochimiques et physiologiques observés chez les malades mentaux. Il est caractéristique de la médecine américaine en général de s'appuyer sur les méthodes et les résultats de laboratoire. Les instruments de précision exercent une espèce de fascination, ils apportent le prestige de la science ; maint psychiatre aime mieux faire des travaux précis sur des problèmes d'une importance fort douteuse que d'étudier les problèmes de la personnalité et les réactions sociales où les méthodes de précision font défaut. On trouve dans la bibliographie de nombreuses publications qui démontrent l'assiduité avec laquelle on accumule les observations biochimiques et neuro-physiologiques. On n'a pas négligé les études galvanométriques ; on commence à faire emploi des nouvelles méthodes qui permettent l'étude du potentiel électrique du cerveau. Dans des travaux de ce genre peuvent coopérer avantageusement le physicien, le psychologue, le physiologiste et le psychiatre.

Il y a donc, dans la psychiatrie américaine, une tendance totalitaire et une tendance vers des travaux de laboratoire très détaillés.

Une troisième tendance mérite d'être rapportée : c'est la tendance de faire disparaître l'abîme traditionnel entre la psychiatrie et la médecine générale et d'établir une liaison toujours plus étroite entre les deux. On commence à trouver dans les hôpitaux généraux des services psychiatriques où les méde-

cins et les chirurgiens peuvent suivre leurs malades, et des services médicaux et chirurgicaux où le psychiatre est un membre estimé de l'équipe médicale. Dans de tels hôpitaux, le psychiatre peut faire des observations importantes sur les maladies qui, jusqu'à présent, lui ont échappé. A une époque encore peu lointaine, le psychiatre avait peu à faire avec les états confusionnels délirants d'origine toxique ou fébrile. Maintenant il a l'entrée dans des services où il peut étudier comme psychiatre les maladies infectieuses, les endocrinopathies, les cardiopathies, les anémiques, les rhumatisants, les tuberculeux et les cancéreux, les malades présentant des ulcères gastriques ou duodénaux ou des colites, les malades des voies génito-urinaires, les troubles gynécologiques, les opérés de toute espèce et ceux qui attendent des opérations chirurgicales. C'est tout un domaine nouveau pour la psychiatrie, cultivé avec beaucoup d'enthousiasme surtout dans des cliniques universitaires. Un tel travail dans un hôpital général a l'effet d'une propagande utile chez les médecins et les chirurgiens ; il démontre d'une manière pratique l'aide que la psychiatrie peut offrir aux malades. La psychiatrie pratiquée dans un tel milieu sur la clientèle habituelle d'un hôpital général a plus d'attrait pour l'étudiant en médecine que la psychiatrie qui s'exerce dans un asile d'aliénés. Elle devient plus respectable, et prend sa propre place dans la famille des spécialités médicales.

L'attrait n'est pas sans danger ; la psychiatrie trop élégante peut oublier ses origines, dédaigner ses parents pauvres, s'occuper trop exclusivement des syndromes légers ou de ces désordres qui se prêtent facilement aux méthodes cliniques ou de laboratoire de la médecine générale. On s'occupera surtout des troubles psychiques qui accompagnent les maladies somatiques ordinaires, des hystéries, des phobies, des mélancolies légères, des angoisses, des plaintes et des rechutes qui trouvent leur explication dans la personnalité ou dans le milieu du malade. On s'occupera moins des désordres graves du comportement ou de la pensée du malade. C'est déjà quelque chose d'apprécier la personnalité et le milieu du malade avec bon sens et de faire l'étude détaillée de la physiologie des émotions mais la psychiatrie a des tâches plus larges, et les désordres graves de l'aliéné réclament son intérêt autant que les symptômes des psychonévroses.

L'intérêt pour l'aspect psychiatrique des maladies de l'hôpital général et la liaison entre la psychiatrie et la médecine interne ont stimulé un intérêt nouveau pour les diathèses. Les travaux de Kretschmer ont été le point de départ de quelques études

remarquables et on cherche à faire l'analyse de la constitution particulière qui est en même temps la base du tempérament personnel avec la prédisposition à certains désordres mentaux, et du physique individuel avec la tendance à des maladies somatiques.

L'entrée heureuse de la psychiatrie dans les hôpitaux et les services des enfants malades permet l'étude à fond et totalitaire de problèmes qui intéressent en même temps le psychiatre et le pédiatre, tels que l'énurésie, l'anorexie, la chorée, etc.

Les recherches psychiatriques ne se sont pas bornées à l'étude des maladies, ni du comportement anormal des déficients, adultes ou enfants, elles ont visé le commerce, l'industrie et la politique. Les problèmes intimes, les fluctuations quotidiennes du travail, les relations personnelles des ouvriers sont d'une grande importance pour l'efficiencé industrielle et en même temps d'un grand intérêt pour le psychiatre. Ils ont souvent les mêmes sources psychologiques que les symptômes névropathiques ; on les dépiste par les mêmes méthodes. Le psychiatre a donc pu faire des travaux remarquables dans les grands magasins et dans les usines. La mauvaise situation économique et industrielle des dernières années a retardé malheureusement des expériences qui, dès le début, promettaient beaucoup.

I. Le mouvement psychanalytique

Dans un résumé des tendances psychiatriques aussi bien pratiques que théoriques, on doit rendre compte du mouvement psychanalytique. La présentation des doctrines de Freud a parcouru presque les mêmes étapes aux Etats-Unis qu'en Europe ; d'abord les protestations instinctives de la médecine officielle contre les nouvelles doctrines, ensuite la revue critique des données hétérogènes fournies par les psychanalystes, et maintenant l'acceptation générale de quelques doctrines freudiennes avec des réserves à l'égard de beaucoup d'autres. Même les psychiatres qui ne rendent aucune reconnaissance à Freud pour ses travaux personnels, se servent de ses doctrines plus qu'ils ne s'en rendent compte. Avec un éclectisme peu critique, grand nombre de psychiatres américains ont accordé un accueil chaleureux aux doctrines de Freud et de ses élèves orthodoxes et hérétiques sans en faire une critique raisonnée et approfondie, trop souvent sans en saisir la vraie signification. Les élèves orthodoxes de Freud ont dû se défendre contre leurs ennemis intransigeants et en même temps contre leurs amis trop bienveillants. De plus, la

question d'argent a compliqué la situation, et les divers groupes ne sont pas tous du même avis à l'égard du psychanalyste laïque.

En face de ces divers courants, les élèves de Freud ont établi des Instituts psychanalytiques avec des cours d'entraînement, et en examinant d'une manière rigoureuse les candidats au diplôme psychanalytique. Ils espèrent, de cette manière, établir un certain ordre dans une situation professionnelle confuse. Il reste à voir si la clientèle prendra note de cette législation psychanalytique ou si, dans le futur comme dans le passé, le titre « psychanalyste » sera attribué à n'importe qui, pourvu que sa pratique ou ses doctrines soient d'un coloris Freudien.

Dans un aperçu rapide sur les tendances actuelles de la psychiatrie aux Etats-Unis, on regrette de ne pas pouvoir préciser d'une manière individuelle les psychiatres, les hôpitaux et les services, les travaux et les journaux psychiatriques, les organisations qui s'intéressent à l'hygiène et à la prophylaxie mentale, les philanthropes et les fondations financières, les commerçants et les industriels qui appuient les progrès psychiatriques avec leur influence individuelle et collective. La collaboration cordiale de tant de forces s'impose autant que leur nombre, et cette collaboration ne se borne pas aux œuvres pratiques mais appuie les recherches scientifiques fondamentales.

La profession médicale et le grand public deviennent de plus en plus conscients de l'étendue de la psychiatrie, et les psychiatres avec leur équipement moderne admirable s'adonnent à leurs travaux avec une confiance renouvelée.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES RAPPORTS DE L'HALLUCINATION ET DU DÉLIRE

*Un cas d'hallucinations purement olfactives avec thème
interprétatif de persécution chez un psychasthénique*

PAR

A. POROT, BARDENAT et LEONARDON (d'Alger)

D'intéressantes discussions ont remis récemment à l'ordre du jour le problème des hallucinations dans leurs rapports avec les organisations délirantes.

Nous croyons intéressant de rapporter ici un cas qui pourra servir de contribution à cette étude ; intérêt qui tient d'abord à la grande rareté dans la littérature médicale des cas d'hallucinations olfactives rigoureusement isolées, la plupart des erreurs sensorielles de l'odorat participant à des ensembles polyhallucinatoires ; intérêt aussi parce que les hallucinations olfactives chez notre malade, par leurs formules exquises et très différenciées, présentaient au plus haut point ce caractère de sensorialité, d'« esthésie » sur lequel M. Guiraud a si justement insisté (1).

Observation

Lucien B..., âgé de 57 ans, entre le 10 mars 1937 à la Clinique Psychiatrique de l'Hôpital de Mustapha par placement d'office. Il s'est en effet, d'après les renseignements administratifs, livré à des violences sur des diverses personnes qu'il accusait de le persécuter en lui faisant respirer de mauvaises odeurs.

Le malade est parfaitement lucide et orienté. C'est de lui que nous

(1) Soc. Méd.-Psych., séance du 22 mars 1937.

tenons les détails nombreux et abondamment nourris de son aventureuse existence. Aimable et courtois avec nous, ce paysan, instruit et curieux, nous a narré ses tribulations par le monde, à la recherche d'un impossible accord entre des aspirations indécises et les nécessités de la vie matérielle.

Histoire de sa vie. — Il est né à Issoudun, le 28 novembre 1877. Son père, employé de chemin de fer dans cette ville, est mort en 1906, à 75 ans. Sa mère est morte, en 1916, à 77 ans. Il avait un frère qui a été tué à la guerre. Il lui reste deux sœurs, toutes deux institutrices libres, et dont il est le benjamin.

Ses parents avaient quelque bien au pays et l'ont fait instruire chez des religieux, le destinant, dans leur idée, aux ordres missionnaires. Il est allé en classe jusqu'à 18 ans. C'était un élève studieux et on le « poussait ». On lui fit même sauter une classe, la 4^e, opération qui lui laissera toute la vie l'impression qu'il a une lacune dans son instruction ; il est hanté par cette notion pendant sa 3^e, où il se plaint de ne pouvoir suivre intelligemment en grec et en mathématiques : « Je rencontrais des choses que je ne pouvais pas bien comprendre et je les apprenais par cœur ; je les récitais comme je les avais apprises, mais je ne les avais pas assimilées du tout. »

Peu avant les épreuves du baccalauréat, il fait une crise de sub-occlusion intestinale qui achève de le désarmer. Il ne se présente pas à l'examen et juge inutile de persévérer.

On le met alors en pension comme novice chez un moine pour s'y préparer à la vie religieuse. Il y passe une grande année à étudier la théologie, mais l'heure de prononcer ses vœux arrivée, il hésite. Il ne trouve pas dans sa conscience la raison définitive qui entraînerait sa résolution. Le Supérieur le presse de prendre des engagements ; devant son indécision, il est prié de rentrer chez lui. Sa mère est vivement contrariée.

Son instruction lui sert néanmoins à se faire admettre comme quatrième clerc chez un notaire d'Issoudun, où il attend d'être appelé sous les drapeaux. Il fait un an de service au 66^e d'Infanterie, à Tours, suit le peloton des élèves-caporaux, « sans ambition cependant d'acquiescer des grades ».

A sa libération, il entre dans une autre étude de notaire où il demeure jusqu'en 1902, c'est-à-dire deux années. A ce moment, son père lui reproche de ne pas chercher à élever sa condition ; il gagne peu et son avenir ne s'annonce que médiocre.

Touché des arguments paternels, il veut tâter d'un métier manuel plus rémunérateur et entre en apprentissage chez un tailleur d'habits où il reste six mois. Il tente alors d'aborder la grande ville et s'embauche à Tours dans une maison de confection pour hommes. Tout va bien, mais au bout de six mois, il est pris du désir de revoir sa famille, s'absente quelques jours et perd sa place. Il part alors à bicyclette jusqu'en le Cher, passe quelques mois chez un tailleur

d'une petite localité, est remercié ; va à Montluçon et enfin à Paris, où il reste deux ans sans changer de profession.

En 1908 (il a alors 31 ans), il trouve un emploi au service des titres de la Société Générale. Il y est occupé jusqu'à la grande guerre. Son existence pendant ce temps n'est marquée d'aucun incident, mais il aurait été atteint d'un léger catarrhe laryngé. Il habite un logement sombre où il faut s'éclairer au gaz dans la journée.

En 1914, il est mobilisé dans l'infanterie, fait toute la guerre au front et s'en tire sans une égratignure ; fait prisonnier en mars 1918, il reste en captivité jusqu'en juin de la même année ; malade et amaigri, il rentre en France. Son catarrhe cependant a disparu, grâce, dit-il, à la vie au grand air.

Rendu à la vie civile, en 1919, il est repris par le désir d'entrer dans les ordres et est admis dans une maison destinée à la formation des prêtres à vocation tardive ; cette fois encore, il hésite à prononcer ses vœux, n'éprouvant pas un attrait suffisant pour sa mission.

En novembre 1919, il est à Nantes gardien de bureau à la Compagnie de navigation maritime. L'hiver fini, il retourne à Paris, où il trouve à s'employer comme comptable dans diverses maisons de commerce. Il se plaint du tapage que font ses camarades de bureau et qui le gêne pour son travail.

L'idée lui vient à ce moment de faire de grands voyages. Il commence par le Canada qu'il choisit pour plusieurs raisons. Vaste pays agricole, il lui offrira, à lui paysan de race, l'occasion d'essayer ses forces physiques et de réaliser ses aptitudes ; pays catholique, il lui donnera matière à s'éclairer sur la religion et ses pratiques. Il débarque donc à Montréal en 1921 et se place quelque temps chez des jardiniers qu'il quittera d'ailleurs bientôt pour aller faire la moisson dans l'Ouest lointain. B... se déclare enchanté de son séjour au Canada, qui lui a laissé un bon souvenir. Après avoir fait la moisson, il est entré au service d'une maison de librairie et a parcouru le pays comme voyageur. Malheureusement, ses patrons déposent leur bilan. Il s'embauche alors dans un chantier de construction.

Rentré en France en octobre 1922, il retrouve sa sœur qui l'engage à nouveau à se réfugier dans la vie ecclésiastique. Il fait un court essai dans une maison de religieux à Marseille et retourne dans son pays natal.

Son séjour à Issoudun est bref. Repris par le désir de tenter sa chance au loin, il se met en route pour Oran via Port-Vendres. Là, il manque le bateau et attend huit jours le prochain paquebot. Mais la contemplation des environs de la ville lui laisse penser que l'Algérie doit être aussi aride que les paysages qu'il découvre ; il renonce à son projet et regagne la région parisienne.

Il est successivement employé dans les bureaux de différentes usines ; sa situation matérielle est précaire ; il a un salaire insuffisant et s'alimente mal, faisant lui-même sa cuisine par économie.

Il part pour l'Amérique en 1924, fait la saison des moissons dans l'ouest du Canada. L'hiver venu, il est employé comme sonneur de cloches à l'église de la ville et il souffre de la rigueur du froid. Il revient à Montréal, trouve une place de comptable dans une librairie, mais il n'y reste pas, obsédé d'espace et de grand air ; il se met au service d'un jardinier.

L'année suivante, il revient en France. Très mal reçu par sa sœur, il recommence sa vie errante ; tour à tour, garçon de ferme à Issoudun, vendeur en Touraine, ouvrier dans une usine de cartonnage parisienne. Plusieurs années de suite, il va partager son temps entre Marseille, où il travaille pendant l'hiver, et Issoudun, où il passe l'été, vivant des travaux des champs qui ne lui rapportent pas grand'chose et logeant chez sa sœur. Il n'est d'ailleurs pas satisfait du logis : « C'était un petit vestibule au centre de la maison et ne donnant pas sur l'extérieur, toujours humide... » Il change de chambre, mais tombe d'un mal dans un autre ; sa nouvelle demeure est « imprégnée d'émanations malsaines ».

Premiers accidents. — Il est difficile de dire si c'est à ce moment que débutent les hallucinations qui vont bientôt compliquer l'existence de notre malade. Mais déjà quelques incidents viennent jeter un jour sur certaines de ses tendances. Victime d'un accident banal, une chute, il se fracture le péroné, et on le fait traiter « d'une façon rudimentaire » par un rebouteux de campagne qui réduit mal la déviation du pied. Sa sœur, refusant de l'envoyer à l'hôpital (il est sans ressources), il actionne celle-ci devant les tribunaux et réclame l'assistance judiciaire qu'il obtient. Il entre à l'hôpital, mais comme « on ne lui fait rien », en sort 10 jours plus tard.

Consolidé, il retourne aux champs moissonner à la saison et s'engageant pendant l'hiver dans une usine d'engrais de la région où l'on traitait des pyrites. Ici, les vapeurs acides l'incommodent à plusieurs reprises, le font tousser et cracher.

Il entreprend des démarches pour s'assurer une situation décente et indépendante, mais elles traînent en longueur. En attendant, il défriche un jardin pour le compte de sa sœur.

C'est en novembre 1935 que surgit, à la conscience du malade, le premier incident insolite. Il habitait, dans la maison que possédait sa sœur, une chambre à l'étage. Son lit était placé dans un angle, entre la porte et une fenêtre.

Dans la nuit du 2 novembre, il est réveillé par la perception d'une odeur « délétère », qui lui a donné immédiatement l'impression qu'on cherchait à l'asphyxier avec un gaz.

Le phénomène s'étant reproduit à différentes reprises, d'autres odeurs désagréables étant venues s'ajouter à la première, il décide, au bout d'un an, d'abandonner Issoudun pour aller à Marseille ; là, pense-t-il, il trouvera de l'air pur et une nourriture abondante et saine. Mais il est poursuivi dans cette ville par les mêmes sensations

olfactives suspectes et n'hésite pas à franchir la Méditerranée. Il arrive à Alger au mois de décembre 1936, presque sans ressources, espérant cultiver la terre, élever du bétail...

Une grande déception l'attendait : tous les menus travaux sont accomplis par les indigènes et cette concurrence ne lui permettra pas de réaliser ses projets. Il s'adresse donc à une œuvre de placement catholique qui le fait admettre chez les religieuses de l'orphelinat de N.-D. d'Afrique comme factotum ; ses services, sa discrétion, son désintéressement sont très appréciés pendant trois mois. Brusquement, à la fin du mois de février, un soir qu'il avait eu une petite discussion avec un piéton que le cheval qu'il conduisait avait failli bousculer, il est de nouveau frappé par une odeur de fosses d'aisance emplissant sa chambre. Il accuse aussitôt le domestique couchant dans la pièce voisine de les lui envoyer et le prend véhémentement à partie ; c'est lui l'auteur certain de ce forfait, car il lui a déjà dérobé une chaussette de laine à laquelle il tenait beaucoup, venant de sa sœur. Les altercations quotidiennes avec le personnel de l'orphelinat ne tardent pas à entraîner l'intervention de la Préfecture et notre homme est amené dans le service de psychiatrie.

Examen. Etat actuel. — Nous nous trouvons en présence d'un sujet robuste pour son âge (59 ans) et en bon état général. Il n'a aucun symptôme neurologique, son cœur est normal, sa tension artérielle est 17/9 à l'appareil de Vaquez. L'auscultation de ses poumons ne révèle pas la moindre lésion, fait confirmé par l'examen radiologique et une analyse de l'expectoration provoquée par les iodures (en l'absence d'expectoration spontanée).

Au point de vue mental, il faut tout d'abord noter l'absence de *fléchissement intellectuel ou affectif*. Ce malade, présent, orienté, a gardé un souvenir normal de ses acquisitions pédagogiques. Ses réflexions sont marquées au coin de la logique et de la prudence : il n'avance rien de certain qu'en conformité avec ses connaissances. Il possède, comme il le dit lui-même, le bon sens du paysan français.

Il n'a pas de lui-même une opinion surfaite, aucune vanité de ses origines, ni de son savoir. Il ne manque nullement de courage, ainsi qu'en témoigne sa longue histoire, mais toute sa vie traduit un *sentiment d'incomplétude* ; il n'est bien nulle part ; nulle situation ne satisfait toutes ses aspirations morales et physiques. C'est un *douteur* et un *irrésolu*. Il doit s'en remettre aux événements de décider de son existence, car, dit-il, je n'ai jamais pu prendre un parti sans réunir les éléments d'une certitude ; or, celle-ci semble lui avoir généralement manqué. Le corollaire de cette disposition d'esprit est une certaine *défiance réfléchie* contrastant avec ses tendances instinctives : « Je crois toujours au premier abord que les gens que je vois sont bons ; j'ai peut-être tort ; dans tous les cas, j'eus souvent à m'en repentir. »

Des tendances foncières à l'interprétation existent chez ce malade.

Disciple de Rousseau, il préfère à l'étude des livres l'observation des choses. « J'ai fui, nous dit-il, les métiers qui absorbent l'esprit et tarissent les réflexions naturelles ; je préfère ceux qui laissent la pensée libre. J'ai puisé ma science dans l'examen des faits, tout en travaillant de mes mains. J'ai réalisé bien des constatations sur ma physiologie. »

Ces dispositions mentales expliquent l'enchaînement et le développement des processus psychiques qui se sont organisés chez lui en système délirant à partir d'une série d'hallucinations olfactives pures.

Les hallucinations olfactives. — Ce malade sent en effet des odeurs dans des circonstances où l'on ne peut mettre en doute leur inexistance. Le caractère d'apparition subite, de disparition aussi soudaine, souvent en des lieux clos, parfois en présence de témoins qui, eux, n'ont rien senti, fait déjà présumer du phénomène hallucinatoire. Nous verrons plus loin que l'on peut éliminer encore une cause d'erreur, la cacosmie objective. D'ailleurs, ce malade n'est pas qu'un cacosmique. Les odeurs qu'il sent sont en effet multiples :

— il y a d'abord l'odeur « délétère », qu'il a sentie pour la première fois à Issoudun, dans la maison natale. C'est une sensation écœurante rappelant « celle de l'acide acétique dépouillée de ce qu'elle a de piquant ».

Cette odeur a été sentie à de nombreuses reprises ; elle donne au malade l'idée d'un gaz toxique ;

— il y a l'odeur « méphitique », odeur de latrines, éprouvée surtout la nuit, qui réveille le malade brusquement ;

— une odeur agréable a été éprouvée une seule fois dans le passé, semblable à un parfum de toilette. Le malade l'a sentie un dimanche, alors qu'il venait d'appeler sa sœur à constater l'odeur délétère dégagée un instant avant dans sa chambre. Sa sœur entre, et au moment précis où elle lui affirme ne rien sentir, émane d'à côté du poêle le parfum en question. Le malade souligne qu'il ne pouvait appartenir à sa sœur, femme âgée et point coquette ;

— une odeur de « poudre d'artifice » a été reconnue plusieurs fois, notamment à Marseille, un jour qu'il se trouvait en face de deux jeunes gens. Aucune fumée, aucun bruit révélateurs d'un éclatement d'amorce ;

— une odeur « de fleur », enfin, pénètre à l'hôpital dans la chambre du malade à une certaine heure du matin ; elle n'est perçue que lorsque notre patient est tourné vers le centre de la chambre, disparaît s'il regarde vers le mur. Il n'existe cependant aucun jardin dans les environs ;

— nous ajouterons une odeur « de pieds », perçue une nuit par le vasistas de la porte donnant sur le couloir. Personne ne couche dans cet endroit.

L'hallucination olfactive est donc bien caractérisée. D'autre part, elle est pure. Il n'existe chez notre malade :

- aucune hallucination auditive, visuelle, gustative ;
- aucune hallucination cénesthésique ; il a été quelquefois réveillé la nuit sans éprouver d'odeur, par une suffocation : « C'était comme si le contenu de l'estomac passait dans les poumons. » Mais il crachait à ce moment des mucosités verdâtres qui font la preuve de l'origine organique de la sensation ;
- aucune hallucination psychique non plus.

Ces hallucinations olfactives se sont cependant accompagnées, dans certaines circonstances, de *petites bouffées anxieuses* qui permirent, à la faveur de l'obscurité, la production d'illusions. Par exemple, un soir de novembre 1936, en se baissant dans sa chambre privée de lumière pour ramasser un objet tombé, il sent un contact « comme une main » à hauteur de sa fesse. Bien qu'il fût seul, il est persuadé d'une agression étrangère et sort, assez effrayé, enfermant à clef son mystérieux visiteur. Il n'a pas eu l'idée qu'il ait pu heurter du siège un meuble.

Les faits de cette sorte dans l'histoire du malade se réduisent à deux ou trois et aucun ne laisse penser à une hallucination du tact.

D'autres troubles plus intéressants font habituellement cortège à l'hallucination olfactive ; ils varient selon la nature de l'odeur sentie.

S'agit-il de l'odeur méphitique ? Le malade est saisi d'un véritable « catarrhe ». Il tousse et expectore sous l'influence de picotements laryngés et d'une dyspnée subite. L'expectoration est tantôt jaunâtre, mais le plus souvent muqueuse et spumeuse. A ce moment, notre patient pense avoir comme des trous, des ulcérations dans les bronches. *

Quand il sent l'odeur de latrines, le nez est le siège de picotements, il éternue et crache.

Les circonstances de temps et de lieu en rapport avec l'apparition des hallucinations ne semblent rien avoir de remarquable, si ce n'est qu'il existe une prédominance nocturne pour les hallucinations cosmiques (mais elle n'est pas exclusive), et que le malade est poursuivi par ses odeurs en quelque lieu qu'il se transporte.

Interprétations et réactions. — Il est intéressant de voir comment s'est comporté notre malade vis-à-vis de ses perceptions anormales. Il n'en a jamais soupçonné le caractère pathologique. Lorsque nous avons tenté de le lui démontrer, il nous a écouté avec curiosité, mais il nous a paru incrédule. Il se représente difficilement qu'elles puissent être sans objet.

D'emblée, en effet, il les a interprétées comme une influence malveillante exercée par des tiers intéressés à lui nuire. On lui a fait sentir ces odeurs par malignité ; ou plus exactement, ces odeurs détectent pour lui des gaz nocifs destinés à s'attaquer en lui à l'apparition.

reil le plus sensible, le poumon, qui constitue « la source même de la vie ».

Le mobile qui pousse ses persécuteurs ne lui semble pas encore très évident ; on cherche sans doute à le supprimer, non pour s'emparer de ses biens (il n'en possède pas), mais parce qu'il est un témoin gênant ; il a vu beaucoup de choses et pourrait les raconter. Il ne paraît d'ailleurs pas trop savoir de quels secrets il peut être détenteur, mais comme il ne sait rien cacher, il se pourrait qu'il connût des vérités dangereuses pour certaines personnes.

La personnalité même de ses persécuteurs n'est pas strictement limitée. Dans son village, il accuse sa sœur, puis une vieille femme, locataire de l'appartement situé au-dessous du sien, et qui aurait remis son seau de toilette dans un placard communiquant avec sa chambre par le mur. Dans un train, deux jeunes gens rencontrés avaient des allures suspectes. Il ne les connaît pas, mais l'un d'eux aurait fait mine de toucher du pied sa poche de pantalon. A l'orphelinat, il accuse son voisin de chambre. Tous ces gens doivent être de connivence et il n'est pas jusqu'aux Allemands qui n'agiraient en sous-main pour le traquer. En effet, il se rappelle qu'au front, s'il n'a pas pris part à des attaques par gaz, il a cependant souvent transporté des obus de gaz toxiques et l'ennemi cherche à le punir par des moyens semblables à ceux qu'il a aidé à employer contre lui.

Ainsi, les interprétations montrent-elles une tendance à l'universalisation. Elles s'enrichissent, comme il est de règle en pareil cas, d'explications rétrospectives.

On avait préparé le terrain, dès 1928, à l'usine d'engrais chimiques d'Issoudun, en le mettant à même de respirer des poussières irritantes pour les voies respiratoires et les fumées épaisses venant des fours et chargées de vapeurs acides. Or, la personne qui l'a aidée à s'embaucher dans cette usine est un brave homme qui lui avait acheté, peu de temps auparavant, une petite maison, héritage paternel, et qui avait réalisé là, à son détriment, une fructueuse affaire.

Il n'est même pas bien sûr que, dans la première chambre qu'il habitait d'abord, n'ait pas débouché une fosse d'aisance mal close.

Ce qui est plus certain, c'est que le locataire qui logeait à côté de chez lui, dès avant les manifestations olfactives, s'absentait chaque jour de sa chambre au moment où il allait s'endormir et avait ôté ses souliers.

Il estime, enfin, qu'il y a lieu de se demander de quoi est morte la jeune femme qui avait habité avant lui son premier logement. On la disait « poitrinaire », mais si le médecin qui la traitait avait pu savoir à quelles émanations B... serait soumis par la suite, il aurait peut-être compris bien des choses...

Quant aux réactions de notre homme vis-à-vis de ceux qu'il accuse, elles n'ont pas été jusqu'ici très violentes.

Il s'est d'abord défendu passivement. Devenu soupçonneux (de son propre aveu), il bouchait à Issoudun et à Marseille le trou de sa ser-

rure avec des chiffons ; les odeurs ne l'atteignaient plus dans ces conditions. Dans les hôtels, il inspecte le dessous de son lit, les placards, avant de se coucher. Chez lui, il ouvrait les fenêtres pendant la nuit, pour laisser s'échapper les « émanations », mais la fraîcheur l'enrhumait. A l'orphelinat, il déménageait son mobilier pour barricader sa porte.

Il n'a pas eu recours à la justice, bien que, lui semble-t-il, il y aurait eu matière à procès en plus d'une circonstance.

Ce n'est que tout récemment, à l'orphelinat de N.-D. d'Afrique, qu'il se mit à injurier ses compagnons de travail, et à les accuser ouvertement. Il se précipite même sur l'un d'eux armé d'un manche de fouet et confie à la Supérieure qu'il lui faudra « prendre un jour un fusil pour se débarrasser de tous ces gens-là et les nettoyer. »

Examen objectif. — En présence d'un phénomène hallucinatoire aussi pur et aussi limité (à l'olfaction), il fallait faire une exploration attentive des voies olfactives et respiratoires.

L'examen du nez, fait minutieusement dans le service du Dr Henri Aboulker, a montré qu'il n'existait ni ozène, ni rhinite chronique. Seule fut décelée la présence d'un petit polype dans le cornet moyen à droite. Mais l'aire olfactive proprement dite, située dans le cornet supérieur, paraissait intacte.

L'exploration très minutieuse du sens olfactif montre une acuité perceptive normale, et une différenciation très précise des divers produits volatils qui sont présentés. Il n'y a ni anosmie, ni parosmie.

L'odeur de pois de senteur est reconnue pour celle d'une fleur « dans le genre des violettes ».

L'odeur de l'huile goménolée est caractérisée comme une odeur agréable.

Le malade analyse l'émanation d'acide acétique dilué comme composée d'une odeur piquante qui domine et d'une odeur aromatique un peu fade.

Pour l'eau de Cologne, il déclare qu'il s'agit d'un parfum répandu. De l'eau chlorée a une odeur fade.

Sauf pour l'éther, le malade ne nomme pas les senteurs perçues, nous faisant remarquer « qu'il n'est point assez savant ».

L'exploration du sens gustatif s'est pareillement montrée normale en tous points.

L'haleine n'est nullement fétide ; il n'y a aucune suppuration du cavum ou des voies respiratoires susceptible de provoquer de la cacosmie. Aucune atteinte broncho-pulmonaire.

Il n'existe aucun signe neurologique permettant d'incriminer une lésion centrale ; aucun signe en foyer, aucun signe d'hypertension crânienne, aucune atteinte dans la sphère visuelle.

Aucune notion d'intoxication chronique n'est à retenir, ni alcool, ni café, ni tabac. Le malade est sobre et économe.

Du point de vue cardio-vasculaire, il n'existe aucun stigmat

artériel ; légère hypertension : 17-8 au Vaquez. Le rythme du cœur est normal, ainsi que l'auscultation.

Pendant toute la durée de notre observation, B... a été très calme. Entré sous le prétexte de lui faire subir des analyses, il n'a jamais manifesté d'impatience ou de mauvaise humeur, s'est soumis de bonne grâce à nos analyses, à nos interrogatoires, parfois très longs et indiscrets. Il n'est ni dissimulé ni revendicateur. Il paraissait plutôt heureux de l'intérêt qu'on lui témoignait ; nous a remercié chaleureusement à son départ de lui avoir permis de « se remonter », a tenu à garder la formule de « l'excellente potion » à l'iodure qui l'avait fait cracher. Il est d'ailleurs venu nous revoir à la consultation quelques jours après sa sortie, et nous a donné son adresse. Il nous a promis qu'à l'avenir il se garderait de chercher noise à quiconque. « Je prendrai toutes mes précautions, choisirai mon logis et mes fréquentations, et si je vois qu'il se passe quelque chose, eh bien, j'irai un peu plus loin : je ne suis pas embarrassé pour gagner mon pain, même en Algérie. »

En résumé, chez un sujet qui, toute sa vie, fut un psychasthénique, instable et dromomane, on voit apparaître, vers l'âge de 55 ans, de brusques hallucinations, purement olfactives, survenant par bouffées fugitives, principalement la nuit et se reproduisant toujours sous forme solitaire. Ce désordre sensoriel s'inscrit dans un système délirant interprétatif classique aboutissant à quelques réactions, mais sans affaiblissement intellectuel ou affectif.

En nous reportant à la classification récente de M. Guiraud (1), on pouvait se demander d'abord si nous n'avions pas à faire à une *fausse sensation* (groupe 2) par excitation pathologique des voies sensorielles. Cette exclusivité de l'état hallucinatoire dans le domaine de l'olfaction, rappelant la cacosmie, nous incita à une exploration minutieuse des voies respiratoires. La présence d'un petit polype dans le cornet moyen pouvait être le point de départ d'excitations et de sensations anormales ; mais, en réalité, ce polype siégeait dans le cornet moyen et ne pouvait agir que sur la sensibilité générale du nez. *L'aire olfactive*, on le sait, n'occupe qu'une zone très limitée au niveau du cornet supérieur. Nous avons dû renoncer à cette explication.

Au surplus, les renseignements donnés par le malade sur ses phénomènes olfactifs ont un caractère de sensorialité, d'« esthésie » pour employer l'expression de M. Guiraud, qui les range nettement dans les *hallucinations-sensations* (groupe 3). Notre

(1) *Loc. cit.*

sujet détaille avec infiniment de précision les qualités des sensations perçues qui se nuancent et se différencient bien entre elles ; il y a l'odeur « délétère » (celle, dit-il, « de l'acide acétique dépouillée de ce qu'elle a de piquant »), l'odeur « méphitique » (odeur de latrines), l'odeur de « poudre d'artifice », l'odeur de « pieds », et parfois même, mais plus rarement, une odeur de « parfum » ou de « fleur ».

Nous ne pouvons que suivre M. Guiraud quand il souligne, après d'autres auteurs, l'importance qu'il faut attacher au phénomène « esthésique », dans l'hallucination, envisagée dans ses rapports avec le délire. Notre malade, à cet égard, présente un relief particulièrement marqué.

Par ailleurs, son délire interprétatif ne semble pas avoir précédé l'apparition des hallucinations. C'était aussi un inquiet, un méfiant, dont le *curriculum vitæ* montre l'instabilité et l'insatisfaction habituelles. Lui aussi était un faible social en difficultés permanentes avec la vie. Mais on ne saisit pas bien pourquoi, dans l'hypothèse d'un processus purement psychogène, la faillite résultant de cette disposition d'esprit et de ce conflit social aurait choisi la sphère olfactive, et elle seule, pour s'extérioriser.

On en arrive à conclure qu'il a dû y avoir ou qu'il doit y avoir une excitation anormale ou une sensibilisation spéciale de cette sphère. Nous ne l'avons pas trouvée par nos moyens d'investigation, mais cela ne prouve pas son inexistence.

Rappelons aussi les petits désordres physiologiques qui font habituellement cortège à ses hallucinations : catarrhe, toux, picotement laryngé, dyspnée, expectoration...

Ne pourrait-on pas penser que cet homme, qui a travaillé dans des usines de produits chimiques et a été soumis à des inhalations de vapeurs irritantes, a pu faire des phénomènes de sensibilisation du côté de ses voies olfactives, ou que son âge et les périodes de misère qu'il a connues le prédisposent peut-être à des phénomènes de déficit biologique ou ischémique du côté de ses centres olfactifs.

Ce ne sont là que des hypothèses, auxquelles nous ne voulons pas donner de valeur concrète et formelle. Mais nous avons tenu à rapporter cette observation à l'appui de la thèse qui pense que la réalisation de certaines esthésies hallucinatoires, surtout dans le domaine de l'odorat, du goût ou de la douleur, ne peut-être uniquement la conséquence d'un processus psychogène.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 13 Mai 1937

Présidence : M. René CHARPENTIER, président

En ouvrant la séance, M. René CHARPENTIER, *président*, souhaite la bienvenue au D^r Paul LARIVIÈRE, de Montréal, *membre associé étranger*, qui assiste à la séance.

PRÉSENTATIONS

Hallucinations visuelles et unilatéralement auditives chez un alcoolique otopathe, par MM. Paul COURBON et Jean CHAPOULAUD.

Comme illustration à la discussion qui eut lieu au cours de deux séances précédentes de la Société sur les hallucinations, nous présentons le sujet suivant qui, épisodiquement, est atteint de troubles psycho-sensoriels d'ordre visuel et auditif.

Il ne délire plus. Il n'est pas réticent. Il ne fabule pas. Il répond avec bonne grâce aux questions. Il peut donc servir à la démonstration du mécanisme hallucinatoire, si tant est que ce mécanisme soit démontrable. C'est pour être livré à l'examen des confrères, qui ont une théorie nette sur cette question que nous avons amené ce malade.

C'est un tonnelier âgé de 48 ans, buveur habituel de vin rouge. Peu intelligent, il n'a pas obtenu son certificat d'études ; ses antécédents ne nous apprennent aucun fait intéressant.

Marié en 1913, il a eu quatre enfants bien portants. Sa femme l'a quitté en 1934 à cause de ses habitudes d'intempérance.

Il a fait deux ans de service militaire et toute la guerre. En 1915 il a contracté une otite droite, pour laquelle on a pratiqué, en 1916, l'ablation des osselets enclume et marteau, sans le pensionner. Peu après, il fut envoyé par le service de l'intendance en Afrique occidentale, où il termina la guerre, et dont il revint paludéen.

Il avoue avoir bu toute sa vie du vin rouge en assez grosse quantité et depuis cinq ans qu'il est employé à la halle aux vins il a pu satisfaire son penchant à loisir.

Depuis sa démobilisation, il explique, avec le manque de clarté que conditionne sa débilité, qu'il a plusieurs fois par an des crises qu'il appelle accès de paludisme : il se sent fatigué, vomit, a de la fièvre, des sueurs abondantes et des cauchemars. Il entend alors dans son oreille droite des sifflements, des frottements, puis des cri-cri de grillons, enfin des chansons. Ces troubles durent environ 48 heures et ne se produisent pas entre les accès.

Les deux derniers accès qu'il a présentés ont été beaucoup plus intenses, l'alcool y eut un rôle étiologique incontestable.

Le 14 juillet dernier, il était commissaire-organisateur d'un bal champêtre donné dans son quartier au bénéfice d'une œuvre de l'enfance. Il était surmené et avait bu et dansé plus que de raison, aussi le lendemain, se trouvant fatigué, il se rendit à Cochinchine où il fut dirigé sur Henri-Rousselle où il resta 10 jours : il avait mal à la tête, entendait des mots et voyait des bêtes, c'était en moins intense les mêmes phénomènes que ceux qu'il vient d'éprouver lors de son dernier accès.

Ce dernier accès le fit venir spontanément à Henri-Rousselle le 16 avril dernier ; il fut évacué le lendemain dans notre service avec le certificat suivant de M. Dupouy : « Est atteint d'alcoolisme chronique. Accidents délirants subaigus, onirisme visuel et auditif, entend chanter et siffler. Rêves surtout professionnels, vagues idées de persécution. Trémulation généralisée. Température : 38°3. »

Il s'est rapidement amélioré et a fourni sur ses troubles mentaux les précisions suivantes : quand il regardait un mur, il voyait apparaître, soit une forêt avec toutes sortes de bêtes sauvages, singes, serpents, lions, tigres, hôtes habituels de la brousse africaine dans laquelle il a séjourné, soit des pantins, des soldats faisant l'exercice, des défilés, des parades. Ces spectacles, il les provoquait lui-même par la « pression des yeux » sur le point du mur, c'est-à-dire par la concentration de son regard sur le même endroit de la tapisserie. Alors, le déroulement des bêtes et des régiments redoublait d'intensité. Cela l'amusait de contempler tout cela. Jamais il ne vit rien de

terrifiant. Les animaux n'étaient pas plus gros que des chiens et les bonshommes grands comme de petits soldats de plomb, en uniformes colorés.

Ces hallucinations ne duraient que le temps pendant lequel il fixait le mur, elles disparaissaient dès qu'il s'occupait, ou regardait ailleurs.

Dès le crépuscule et pendant toute la nuit, il entendait une voix féminine qui chantait 80 chansons : *La Marseillaise*, *L'Internationale*, *La Palmpolaise*, *Je t'ai donné mon cœur*, *La Tyrolienne*, etc.

La voix était d'autant plus forte et distincte qu'il restait tranquillement couché, s'il se levait, elle s'atténuait et même disparaissait jusqu'à ne devenir que le cri-cri d'une cigale ou d'un grillon.

Cette voix énumérait ce qu'il faisait : « Couche-toi, lève-toi, il est beau le porte-manteau que tu regardes. » Et s'il essayait de résister, il sentait une douleur dans les deux poignets, comme s'il eût eu des « bracelets électrisés ».

Elle répétait sa pensée : « Ah ! je t'embête ! », disait-elle, lorsqu'il se sentait importuné par toutes ces chansons.

Nous n'avons noté chez ce malade aucune confusion mentale. Le tableau clinique peut se formuler ainsi :

Accès d'onirisme non terrifiant, avec visions amusantes d'animaux, de pantins et de soldats et audition unilatérale de chansons, chez un paludéen alcoolique atteint d'otite chronique droite.

Physiquement, nous retrouvons les stigmates de l'alcoolisme chronique : faciès couperosé, pituites, pyrosis, tremblement intense de la langue et des doigts, abolition des réflexes rotuliens et achilléens. Ses pupilles sont paresseuses, alors que les réactions de son sang et de son liquide céphalo-rachidien sont absolument négatives. Hypoacousie à droite.

Il s'agit donc d'un ancien paludéen actuellement alcoolique chronique auquel on fit jadis, après une otite, l'ablation des osselets de l'oreille droite. Episodiquement, il a pendant quelques jours des accès d'onirisme visuel et auditif, mais tandis que les visions zoopsiques sont bilatérales, les auditions sont localisées à l'oreille mutilée.

Le facteur sensoriel périphérique semble avoir joué un rôle indiscutable dans la forme auditive de cet onirisme alcoolique, confirmant ainsi la justesse de la théorie de de Clérambault et du mécanisme exposé par M. Guiraud dans les séances précédentes.

C'est pour amorcer une discussion sur l'importance respective des facteurs périphériques et centraux dans la genèse des hallucinations que nous avons amené ce malade devant la Société.

Le malade est introduit et expose ce que sont ses accès paludéens. A M. Capgras, il répond que les chansons et les ordres ne sont perçus que par une seule oreille, celle où il a reçu une opération. A M. Marchand, qui lui demande s'il croit réellement qu'une personne chante et prononce les ordres ou paroles entendus, il répond : « Je n'ai jamais réussi à la voir, car j'ai beau tourner vivement la tête dans la direction d'où vient la voix, je ne vois rien, ou bien je ne vois qu'une ombre. Mais je suis bien forcé de croire à son existence car si je lui résiste, elle m'électrise les deux poignets, comme si elle me mettait deux bracelets. Maintenant, je n'entends plus rien, et je ne vois plus rien. Cette voix est toujours la même, mais ce n'est pas celle d'une personne de ma connaissance.

M. Georges DUMAS. — L'imagerie visuelle des crises oniriques de ce malade est banale. N'importe qui peut, à la faveur d'un état infectieux ou toxique, observer les mêmes déformations animées d'un point de la tapisserie sur lequel le regard reste fixé.

Mais les phénomènes auditifs sont très intéressants. On saisit avec évidence le passage de l'attitude de l'homme normal à l'attitude de l'homme délirant dans la façon dont le sujet se comporte à l'égard des troubles fonctionnels de son oreille mutilée. Il vient de nous expliquer qu'il commence par y entendre des bruissements indifférenciés, puis une voix tellement claire, tellement distincte qu'il croit à la présence réelle d'une femme vers laquelle il tourne ses regards pour la voir, mais qu'il n'aperçoit jamais, comme si elle s'enfuyait plus vite qu'il ne meut la tête. A ces moments il lui obéit, il se met au lit quand elle lui dit : couche-toi. C'est déjà l'attitude du délirant chronique persécuté. Et cela ne se passe que du côté de l'oreille malade. Ce cas illustre bien, en effet, la conception de Clérambault, et mérite d'être suivi dans l'avenir.

M. GUIRAUD. — Ce malade est très démonstratif. Nous avons la preuve du rôle que l'excitation physique périphérique, productrice d'esthésie, joue dans le phénomène hallucinatoire. Les hallucinations verbales le plus différenciées peuvent se créer sur cet élément esthésique. Elles ne sont sensorialisées que du côté où cet élément existe. Et ce mécanisme peut se rencontrer dans tous les états, depuis l'onirisme infectieux ou toxique, jusqu'aux délires paranoïdes.

M. COURBON. — Jusqu'à présent, le malade s'est présenté comme un alcoolique dont l'onirisme dépourvu de caractère ter-

rifiant ou anxieux ne se produit qu'à la faveur des ténèbres et de l'inaction. Il lui suffisait de se lever afin d'uriner, pour que la voix se transformât en crissement de grillon ; il lui suffisait de lire, ou même de déplacer son regard pour que les visions disparussent.

Mais comme phénomènes inquiétants pour l'avenir, il faut noter l'ébauche du sentiment de présence, l'ébauche du commentaire des actes, l'ébauche des troubles cœnesthésiques, et peut-être même l'absence de tout élément anxieux dans l'onirisme. Cela peut présager l'installation d'un syndrome d'influence et d'une dissociation psychique.

Aphasie sensorielle et épilepsie post-traumatiques. Cicatrices méningo-corticales de la région temporo-occipitale gauche,
par M. L. MARCHAND.

A la séance de la Société Médico-Psychologique du 17 mai 1934, M. Courtois et moi vous avons présenté un malade atteint d'aphasie sensorielle post-traumatique. Ce sujet est mort le 16 janvier 1937. Je vous apporte aujourd'hui le complément de l'observation et le résultat des constatations anatomo-pathologiques.

Il s'agit d'un malade, D... Albert, qui, à l'âge de 63 ans, le 6 octobre 1933, avait été renversé par une auto et projeté violemment sur le bord du trottoir. Atteint de fracture de la région fronto-temporo-pariétale droite, il est resté dans le coma durant huit jours. Après retour de la connaissance, excitation psychique avec aphasie sensorielle et apraxie qui entraîna l'internement. Sept mois après l'accident, au moment de sa présentation devant la Société, il persistait une amnésie continue avec aphasie sensorielle sans autres troubles organiques pyramidaux ou extra-pyramidaux.

Dans la suite, l'état mental est d'abord resté stationnaire, quand, le 2 décembre 1934, est apparue une première crise d'épilepsie généralisée caractérisée, par une perte brusque de connaissance, des mouvements convulsifs toniques, puis cloniques, émission d'urine, salivation mousseuse et sanguinolente, morsure de la langue, stertor consécutif. La durée de la phase convulsive avait été de trois minutes environ.

Deuxième crise comitiale le 1^{er} avril 1935. Les accès se reproduisent dans la suite avec les mêmes caractères : trois crises en avril 1935, une en juillet 1935, deux en septembre 1935, deux en novembre 1935, deux en janvier 1936, deux en mars 1936, deux en mai 1936, une en juin 1936, deux en juillet 1936, une en août 1936, deux en

septembre 1936, une en octobre 1936, une en novembre 1936, une en décembre 1936. Plusieurs fois, au cours des accès, le malade s'est blessé profondément à la face en tombant.

Dès l'apparition des crises épileptiques, l'état mental commença à se modifier. L'affaiblissement intellectuel fit de rapides progrès. D..., qui était auparavant euphorique, d'une extrême politesse, aimant à converser malgré sa jargonaphasie, devint complètement indifférent, ne prononçant plus que quelques mots sans signification. Il ne reconnaissait plus sa femme. Il continua longtemps à manger seul, à la condition de mettre devant lui le bol renfermant les aliments et une cuillère dans la main. Gâtisme urinaire et fécal. Etat grabataire. Cachexie progressive. Mort le 16 janvier 1937.

AUTOPSIE. — Encéphale. L'extraction de l'encéphale de la boîte crânienne est difficile. Adhérences intimes de la dure-mère à la face interne de la calotte crânienne s'étendant de la région occipitale à la région frontale, plus prononcées du côté droit que du côté gauche. Sous les tractus fibreux, on ne trouve aucune trace de la fracture du crâne.

A la face convexe des hémisphères cérébraux, la pie-mère est épaissie et a un aspect laiteux. Les circonvolutions des lobes frontaux paraissent atrophiées.

A la région externe temporo-occipitale gauche, la pie-mère présente une teinte ardoisée s'étendant du tiers postérieur des 1^{re}, 2^e et 3^e temporales jusqu'à deux centimètres du pôle occipital. Sur les coupes transversales, au niveau de ces régions, adhérences intimes de la pie-mère au cerveau et nombreux petits foyers irréguliers cicatriciels intéressant le cortex cérébral. Par places, le tissu cicatriciel présente une teinte de rouille.

Les ventricules latéraux sont dilatés.

Pas d'athérome des artères cérébrales. Pas de granulations du plancher du quatrième ventricule.

Examen histologique. — Au niveau du tissu cicatriciel de la région temporale gauche, la pie-mère ne présente ni épaississement, ni réaction inflammatoire. Elle adhère par endroits au cortex. Dans toute cette région, le tissu cérébral apparaît irrégulièrement dilacéré par places et sclérosé entre les régions détruites ; la dilacération reste cantonnée au cortex. Chaque petite cicatrice présente les caractères suivants : à la partie centrale, état vacuolaire, réticulé, formé de fibrilles névrogliales et de tractus conjonctifs, restes d'anciens vaisseaux oblitérés. Dans les mailles de ce tissu cicatriciel, nombreux corps granuleux bourrés de granulations ocre. Autour de cette zone, les cellules névrogliales sont hyperplasiées, monstrueuses, avec d'énormes prolongements. Leur protoplasma contient, comme les corps granuleux, des granulations lipéïdiques. Les cellules microgliales sont abondantes ; leurs prolongements sont épaissis, vacuolisés, et renferment des grains de pigment. Sous la pie-mère persiste une

légère bande de tissu formé de cellules névrogliques volumineuses et fortement chargé de grains de pigment.

Les cellules nerveuses dans le tissu cicatriciel ont disparu. Au voisinage des zones dilacérées, nombreuses cellules sont atrophiées et renferment des neuro-fibrilles très argentophiles, épaisses, tortueuses, contournées en forme de petit peloton, rappelant la lésion d'Alzheimer. Plaques séniles très abondantes et occupant uniquement le cortex. Prolifération des cellules névrogliques et microgliales autour de ces plaques.

Dans les zones dilacérées, dégénérescence partielle des fibres radiaires dont on peut suivre les faisceaux dégénérés jusque dans l'axe blanc des circonvolutions.

Dans les cicatrices corticales, présence d'hémosidérine en grande quantité, sous forme de granulations bleues libres ou incluses dans les cellules névrogliques, les corps granuleux, les cellules adventitielles (méthode de Perls). On trouve également de ces mêmes granulations dans les espaces péri-vasculaires situés dans les régions voisines du tissu cicatriciel.

Dans les autres régions cérébrales, les lésions sont celles de la démence sénile sans athérome. Pie-mère normale, atrophie de l'ensemble des circonvolutions, surtout au niveau des régions préfrontales. Diminution notable d'épaisseur du cortex avec couche moléculaire très réduite. Cyto-architectonie très troublée, diminution de nombre et atrophie des cellules ganglionnaires qui renferment toutes une zone pigmentée. Les neuro-fibrilles sont encore visibles et ne présentent pas la lésion d'Alzheimer. Plaques séniles beaucoup moins nombreuses que dans la région traumatisée. Les fibres tangentielles sont irrégulièrement conservées; elles disparaissent par petites zones correspondant aux plaques séniles. Parois vasculaires épaissies sans dégénérescence hyaloïde.

Dans les noyaux caudés, les putamens, les couches optiques, le cervelet et le bulbe, aucune lésion vasculaire. Espaces périvasculaires distendus. Amas de pigment lipoïdique dans le cytoplasma des cellules nerveuses.

Hypophyse : petit adénome à cellules embryonnaires. Pas d'autres lésions.

Dans notre communication antérieure, nous faisons remarquer que, chez ce sujet droitier, une lésion localisée devait intéresser la région temporale gauche, alors que la fracture du crâne siègeait du côté droit, qu'il y avait lieu d'admettre une lésion par contre-coup de l'hémisphère du côté opposé à la fracture. Les constatations anatomo-pathologiques confirment notre interprétation puisque le cortex de la région temporo-occipitale gauche est le siège d'une multitude de petites cicatrices, séquelles des dilacérations diffuses causées par le traumatisme.

Ces cicatrices intéressent la pie-mère et la substance cérébrale sous-jacente, qui sont intimement soudées à leur niveau. L'examen microscopique montre qu'en réalité les dégâts corticaux sont beaucoup plus étendus puisque les régions avoisinantes sont le siège d'une sclérose importante. Dans le tissu névroglie, les cellules ganglionnaires sont profondément altérées et un grand nombre présentent la lésion neurofibrillaire d'Alzheimer.

A la présentation de notre malade, nous avons posé un pronostic sombre. L'évolution de l'affection a confirmé notre manière de voir. L'aphasie sensorielle n'a subi aucune amélioration; puis des crises épileptiques sont apparues. L'état démentiel a fait de rapides progrès. Les lésions du cerveau, en dehors des lésions cicatricielles localisées, sont celles de la démence sénile sans athérome avec, comme caractère particulier, une abondance remarquable de plaques séniles dans le cortex cérébral.

M. GUIRAUD. — Les préparations sont en effet très intéressantes à cause de la coexistence de lésions de nature très différentes : cicatricielles, plaques séniles, pelotons neuro-fibrillaires. Et en certains endroits, on croirait avoir réellement à faire à une maladie d'Alzheimer.

M. René CHARPENTIER. — Lors de la présentation de ce malade par MM. Marchand et Courtois, à la séance du 17 mai 1934, j'ai cité le cas d'un sujet qui, à la suite d'un traumatisme (il avait été renversé par une voiture automobile et le côté droit de sa tête avait heurté le pavé), présenta une fracture du rocher droit avec hémiparésie faciale droite et aphasie sensorielle due, comme il est classique, au contre-coup du côté gauche.

Cette aphasie sensorielle, aujourd'hui guérie, rétrocéda en quelques mois. Il fut cependant intéressant de constater que plusieurs mois après sa guérison apparente, elle reparut brusquement et aussi marquée pendant une quinzaine de minutes un jour où le sujet, ne buvant habituellement que de l'eau depuis son accident, avait bu un verre de vin blanc.

Délire de rêverie avec démence consécutive à une intoxication oxy-carbonée, par MM. DADAY, HEUYER et MATHON.

L'un de nous a décrit en 1922, avec A. Borel, sous le nom de délire de rêverie, un état délirant qui comporte les éléments suivants : 1° un délire imaginatif mégalo-maniaque et érotique, de

contenu incohérent ou absurde ; 2° ce délire imaginatif a le caractère d'une rêverie qui joue un rôle de compensation d'une réalité pénible.

Ce délire de rêverie nous avait paru devoir être distingué du délire d'imagination décrit par Dupré et Logre. A la base du délire d'imagination, étudié par ces auteurs, existe un déséquilibre constitutionnel de l'imagination : la mythomanie, et le délire n'est que l'exagération morbide des tendances à la fabulation et au mensonge. La mythomanie délirante du type de Dupré et Logre a une tendance expansive et elle s'extériorise par des narrations ou des actes. La rêverie morbide, au contraire, évolue en dedans du personnage ; elle enrichit sa vie intérieure par le mécanisme que Freud, Bleuler, Yung ont appelé l'introversion. Loin d'être expansive, la rêverie aboutit à un repliement du sujet sur lui-même. Le malade se désintéresse de tout ce qui l'entoure pour vivre dans son rêve. C'est sur les conseils de M. G. Dumas que l'un de nous avait donné à cette forme de rêverie imaginative pathologique le nom de délire de rêverie. D'autres auteurs ont repris cette description sous des noms différents. En mars 1923, Leroy et Montassut ont présenté à la Société Clinique de Médecine Mentale une malade que nous avions certifiée à l'Infirmerie Spéciale de la Préfecture de Police ; ils ont décrit, sous le titre de « Délire d'imagination, évasion de la réalité pour se créer une nouvelle personnalité chimérique », un type de délire qui répond bien, comme ils le disent d'ailleurs, au délire de rêverie : « l'inadaptation au milieu extérieur, fait de réalité pénible, sollicite l'évasion imaginative ». Mignard et Montassut ont décrit le délire de compensation qui s'identifie, dans ses symptômes et son mécanisme, au délire de rêverie. Claude et ses élèves, A. Borel et G. Robin, ont rattaché cette rêverie morbide à la notion de schizoïdie. C'est le thème du livre de A. Borel et G. Robin sur « les rêveurs éveillés ». Cette conception fut admise par Nathan. Elle avait déjà été énoncée par Paul Borel, dans ses articles sur « Rêverie et Délire de Grandeur » (*Journal de Psychologie normale et pathologique*, octobre 1909) et sur « Les idées de grandeur et le rêve » (*Journal de Psychologie normale et pathologique*, 1914). Récemment, Edert dans sa thèse sur « les délires imaginatifs, envisagés plus spécialement dans les états de désagrégation psychique (Nancy, 1936), a rappelé cet historique, non sans quelque confusion.

L'un de nous a montré que le délire de rêverie ne se borne pas à être le résultat normal de l'évolution de la rêverie consciente du sujet. Dans un travail publié avec Lamache sur « Le délire

de rêverie et l'automatisme mental » (Société de Psychiatrie, 19 février 1925), nous avons montré comment un processus psychologique de rêverie ne peut devenir une réalité délirante que lorsque certaines conditions morbides sont réalisées. Dans le cas rapporté, l'apparition du syndrome d'automatisme mental avec ses éléments hallucinatoires avait été la cause de la transformation de la rêverie consciente en délire.

Nous rapportons aujourd'hui l'observation d'une malade que l'un de nous a pu suivre pendant neuf ans et chez laquelle nous avons vu s'installer une démence avec délire de rêverie à la suite d'une intoxication oxy-carbonée.

OBSERVATION. — O... Paulette, 36 ans.

Aucun antécédent pathologique.

Avant le 20 avril 1928, cette jeune femme, intelligente, vivait dans un milieu intellectuel et littéraire ; elle avait un ami officier et le ménage était considéré presque comme régulier. Survint la rupture, l'ami ayant décidé de se marier. Paulette, à la suite de ce choc émotif, fit une tentative de suicide : on la trouva un dimanche dans sa salle de bain, dans le coma et intoxiquée par le gaz.

Elle fut transportée le jour même dans la maison de santé la plus proche de son domicile, où l'un de nous la vit cinq jours après l'accident : elle était encore dans un état sub-comateux. Elle fut transférée dans une autre maison de santé et pendant une quinzaine de jours elle présenta un état de confusion mentale avec obnubilation, désorientation, agitation désordonnée, marmottement de mots inintelligibles et paraissant répondre à des personnages imaginaires.

L'examen du sang ne montra aucune modification du sérum sanguin permettant de reconnaître l'intoxication oxy-carbonée : le Dr Dervieux, qui fit cet examen, déclara que le sang avait été prélevé trop tard pour donner un résultat précis.

Pendant quelques jours, la malade présenta une agitation motrice très grave qui mit sa vie en danger. Peu à peu, l'agitation se calma et une amélioration s'installa très lentement : la malade put se lever, rester dans le jardin, mais l'état confusionnel persista pendant près de 8 mois ; Paulette avait de graves troubles de la mémoire, elle était incapable de se rappeler dans quelles circonstances elle était entrée à la maison de santé ; elle était désorientée, elle ne pouvait renseigner sur son état civil, elle reconnaissait pourtant ses familiers qui venaient lui rendre visite, elle gardait une affectivité normale, elle pouvait s'émouvoir quand on lui parlait de certains membres de sa famille et quand elle voyait certains amis. Cet état persista jusqu'au mois de décembre 1928. A cette époque, l'amélioration fut très nette, la malade devenait plus lucide, elle était bien orientée et elle quitta la maison de santé le 14 décembre pour aller à la campagne, chez des amis, pour une sortie d'essai.

Mais, au bout de quelques jours, Paulette dut être amenée à la maison de santé du D^r Meuriot : son état s'était aggravé, elle était de nouveau confuse, était devenue indifférente, souriante, elle restait habituellement euphorique et passait son temps à des occupations puériles : elle portait aux doigts, aux poignets, autour du cou, de faux bijoux de laine, elle riait d'une manière enfantine et maniérée, en faisant admirer la beauté de ses bijoux.

Elle fut internée à l'asile national de St-Maurice, le 1^{er} février 1929, avec le certificat suivant :

« A été en observation dans le quartier libre de la maison de santé. Elle présente des troubles mentaux caractérisés par de la confusion mentale, avec désorientation dans le temps et dans l'espace, indifférence émotionnelle, négativisme, stéréotypies, impulsions, violences par moments : ces phénomènes sont symptomatiques d'une démence précoce, rendent la malade dangereuse pour elle et pour les autres et justifient son placement dans une maison spéciale. »

Le 2 février, certificat du D^r Santenoise :

« Confusion mentale avec incohérence des propos et des actes, négativisme, stéréotypies, évolution vers une démence précoce probable. »

Le 15 février, certificat de quinzaine du D^r Santenoise :

« Affaiblissement des facultés intellectuelles, avec indifférence, gâtisme. »

Nous avons suivi la malade pendant son séjour à la maison nationale de St-Maurice. Elle a présenté d'une façon constante un état démentiel avec affaiblissement intellectuel, euphorie, fausses reconnaissances ; pendant près de quatre ans, quand on l'approchait et qu'on essayait de causer avec elle, elle paraissait vivre un véritable roman : elle était devenue Mme G. (nom de son ex-ami), donnait aux différentes personnes qui l'approchaient des noms imaginaires et mimait toute une vie dans laquelle elle aurait joué le rôle de Mme G., recevant chez elle comme dans un salon, parlant de sa maison, de sa voiture, de ses sorties. La fabulation était peu riche, mais sur le même thème imaginaire stéréotypé.

Peu à peu son délire s'est appauvri, et, le 20 janvier 1937, quand nous avons eu l'occasion de la revoir, nous nous sommes trouvé en présence d'une femme de forte corpulence, dont la santé physique paraît parfaite : elle se présente sous son véritable nom et plus particulièrement sous le nom de Daria qu'on lui donnait avant son internement. Elle nous dit « qu'elle est très contente ici, elle y est depuis deux ans, printemps, été, automne, hiver, oui, c'est ça, je suis ici à Noirmoutiers ou à l'Île d'Yeu, à moins que ce ne soit la maison de la Vallée de Chevreuse, je suis très contente, je rêve aux oiseaux, je dors bien ». Quand on lui demande son âge, elle dit : « 25 ans ». Elle est tout à fait désorientée, la mémoire d'évocation est

aussi déficiente que la mémoire de fixation : elle ne peut nous donner aucun renseignement sur ses antécédents. « Je suis née, dit-elle, rue Gutenberg, rue de Breteuil, rue Chernoviz, et dans deux villes à la fois, j'ai passé des examens et des concours, certificat, brevet simple et supérieur, je sais l'anglais et l'allemand (il est exact qu'elle connaît l'anglais, mais point l'allemand), je suis peintre, sculpteur, je fais de la gravure, des dessins, des tableaux, je mets toute la vie en musique ; j'ai trente-cinq frères et douze sœurs, j'en ai peut-être bien un de plus, ça fait trente-six, tous vont bien ; j'ai aussi deux maris, mes maris font tous les deux le même métier, graveurs en mathématiques et forts en tactique ; j'ai quatre enfants, deux filles et deux garçons ; je suis chez moi ici, les personnes que vous voyez sont des parents que j'ai invités, mes sœurs gouvernent et sont toutes des petites reines. »

Dans le service, elle est apathique, indifférente à tout ; elle n'a plus guère de troubles du caractère, son irritabilité, ses impulsions ont disparu, elle est rieuse et enjouée. Si on lui parle de son ex-amant, elle rit, elle approuve ; elle garde le souvenir de ses anciens amis, de leurs enfants : « J'ai comme ami M. D.-A., auteur dramatique connu, et sa femme, Mme de M., je connais aussi M. M.-G., un avocat qui vient me voir quelquefois. » (ce qui est inexact). Elle passe d'un sujet à un autre sans effort et un certain nombre de ses associations se font par assonance.

Au point de vue physique, elle ne présente aucun signe neurologique. La ponction lombaire n'a montré rien d'anormal : pas d'hyperalbuminose, pas de lymphocytose ; réaction de Wassermann et du benjoin négatives. La malade est réglée, toutefois d'une façon très irrégulière. Son obésité est progressive.

COMMENTAIRES

Nous serons brefs sur les commentaires que mérite cette présentation. Nous insisterons sur deux faits :

1° il s'agit d'une démence consécutive à un état confusionnel dû à une intoxication oxy-carbonée. Cette forme de démence peut se rattacher à la confusion chronique décrite par Régis et à une forme de démence sur laquelle l'un de nous a déjà attiré l'attention : démence infantile consécutive à une intoxication oxy-carbonée (Société Méd.-Psych., juillet 1933), démence consécutive à une vaccination anti-variolique (Société Médico-Psychologique, avril 1935).

Il est impossible de rattacher ces formes de démence à la démence précoce : il s'agit d'une démence réelle, globale, portant sur toutes les fonctions mentales, mémoire de fixation et de reproduction, jugement, affectivité.

L'un de nous aura l'occasion de présenter prochainement un cas analogue : état démentiel complet survenu à la suite d'un état confusionnel qui s'est établi brusquement après une intervention chirurgicale pour gastro-entérostomie.

Ce type de démence nous paraît avoir une formule particulière.

2° Dans le cas de notre malade, sur cet état démentiel, s'est développé un délire qui a un caractère de rêverie et dans lequel la malade paraît s'être réfugiée pour vivre une vie imaginaire. Il y a 4 ou 5 ans, ce délire était encore bien organisé, la malade se croyait la femme légitime de son ex-ami et elle jouait, à l'asile, le rôle de Mme G. Actuellement, le délire s'est désagrégé, on n'en trouve plus que des éléments, mais qui sont encore facilement reconnaissables pour ceux qui ont pu, depuis neuf ans, suivre la malade.

M. G. PETIT. — Nous avons eu l'occasion d'observer, il y a une quinzaine d'années, une malade qui, après une intoxication par l'oxyde de carbone survenue également à l'occasion d'une tentative de suicide, présentait, de même, un syndrome de confusion mentale chronique. Mais, chez notre malade, la confusion mentale s'accompagnait, non point d'excitation, — comme dans le cas présenté par M. Heuyer, — mais de bradypsychie et de bradycinésie. Il est à remarquer qu'à ces troubles psychiques s'associait un syndrome parkinsonien : syndrome qu'il n'est pas rare d'observer après les intoxications oxycarbonées.

M. MARCHAND. — Au point de vue anatomo-pathologique, il est classique de dire que les lésions vasculaires avec hémorragies sont habituelles dans l'intoxication oxy-carbonée. C'est là une erreur, parfois il n'y a rien autre que de l'atrophie cellulaire, sans aucune réaction inflammatoire surajoutée. C'est notamment ce qui eut lieu dans un cas présenté avec Toulouse et Courtois, à la Société médicale des Hôpitaux, où nous n'avons trouvé rien autre qu'une destruction du locus niger (23 mars 1930).

M. HEUYER. — Je connais cette malade depuis 9 ans. Je l'ai vue 5 jours après sa tentative de suicide par le gaz d'éclairage. Sortie du coma, elle était en pleine confusion. J'ai porté d'abord un bon pronostic. Je n'ignorais pas la possibilité d'une évolution démentielle, mais fort heureusement l'évolution favorable est assez fréquente pour que l'optimisme reste la meilleure attitude initiale du médecin.

L'amélioration a été progressive pendant 8 mois, et la guérison paraissait certaine, lorsque très rapidement, au cours d'une

sortie d'essai, l'état s'est aggravé et la démence s'est installée. Au début, l'attitude inerte, passive, indifférente, niaise de la malade pouvait légitimer un diagnostic de démence précoce. Mais il s'agissait plutôt d'une confusion chronique, avec des troubles profonds de la mémoire de fixation et d'évocation. Il y a 4 ans, le délire de rêverie était très riche ; c'était moins une fabulation qu'une vie imaginaire réalisée dans les attitudes, les gestes et les propos. Actuellement, la démence est profonde, totale, l'amnésie est complète, les troubles du jugement évidents, toutes les fonctions mentales sont profondément atteintes. On peut parler, devant la malade, de son état, de son passé, de son incurabilité, comme on le fait devant le grand dément paralytique, sans qu'elle s'en émeuve, sans qu'elle abandonne son sourire et sa gaieté. Depuis 4 ans, elle reste en effet euphorique, bienveillante, joviale, facétieuse, hypomaniaque. Dans ses propos, dans l'exposé de sa rêverie délirante, actuellement en lambeaux, il y a un élément de jeu que faisait remarquer M. Marchand, et qui a un rôle de compensation comme dans tout délire de rêverie.

M. René CHARPENTIER. — Ce cas confirme une fois de plus que le pronostic des troubles mentaux consécutifs aux intoxications oxy-carbonées doit toujours être très réservé, ces troubles mentaux étant, dans un grand nombre de cas, en rapport avec des lésions cérébrales variées et plus ou moins accentuées.

Syntaxe d'une schizophasique, par M. Jean FRETET et M^{lle} PETIT
(Travail du service du Dr X. Abély).

Le langage des aliénés peut être étudié par rapport à son contenu idéique et par rapport à sa structure formelle. Dans ce sens, purement linguistique, l'observation a été entreprise tard ; et l'étude du point de vue morphologique a précédé l'étude du point de vue syntaxique. Les anomalies de la forme des mots ont été décrites d'abord. Teulier remarque que les ouvrages classiques et en particulier celui de Séglas, ne traitent que des monstruosité morphologiques du discours, observées dans les maladies très évoluées : néologismes, mots privilégiés, stéréotypies, séries de mots. On est frappé par ailleurs, chez certains délirants paranoïdes, parce que leur langage incompréhensible, du fait du trouble du cours de la pensée et des altérations morphologiques du vocabulaire, a conservé un ordre syntaxique correct.

Tout se passe comme si le schéma de la phrase était plus difficilement altéré, que le type du mot. Delmond écrit, au sujet de la schizophasie : « Compte rendu des ellipses et des interpositions syntaxiques, le schéma grammatical demeure relativement correct ». Peut-être faut-il tenir compte aussi des perturbations dues à la construction rapide de périodes longues, à la subtilité du sujet et à la maladresse de l'orateur. Mais ces causes ne valent plus lorsqu'il s'agit d'expliquer les anomalies syntaxiques d'une phrase écrite, relue attentivement et corrigée. Au contraire, Mme Thuilier-Landry fait remarquer que chez les malades paranoïdes, les troubles du langage écrit précèdent habituellement ceux du langage oral. Lévy-Valensi, Mignault et Lacan rapportent l'observation d'une malade dont les lettres sont seules asyntaxiques. Elle parle comme une paranoïde et écrit comme une paranoïaque. Le déficit intellectuel de ces malades, pas plus que leurs difficultés oratoires ne suffisent donc à expliquer le désordre de leur grammaire. Loin de laisser à la dissociation, à l'effilochage intellectuel ou au hasard, ces singularités nous semblent au contraire présenter un caractère systématique. Nous nous proposons de montrer chez une délirante paranoïde, la prévalence des éléments intellectuels ou logiques de la syntaxe sur ses éléments affectifs.

Marcelle a trente ans. Elle est entrée, en mai 1934, dans le service du Docteur Xavier Abély. Mariée par dépit amoureux, elle accusait son mari, depuis six mois, d'hostilité envers elle et son enfant, d'entente avec un ancien fiancé. Elle interceptait leurs conversations à distance, dénonçait leur emprise, leurs ordres, leurs menaces. Elle refusait que son mari approchât de l'enfant, parlait de se suicider. Marcelle présentait de gros troubles de l'attention et des associations, une attitude apparemment indifférente, des éclats de rire sans raison. Dans ses réponses, rares, obscures, métaphoriques, elle exprimait confusément un état cénesthésio-affectif pénible, des phénomènes d'influence et de transformation corporelle, une animosité violente contre son mari. Elle était pâle, réticente, anorexique et suicidaire. Après une courte amélioration, marquée par un retour affectif et de quelque intérêt, la maladie a repris. Depuis trois années, Marcelle reste inactive dans un lit soigneusement fait. Elle est belle et coquette, et sa propreté est méticuleuse. Elle ne parle jamais spontanément, cependant, elle demeure douce et docile, hormis quelques impulsions.

D. — Qu'attendez-vous avec cette lettre à la main, une visite ?

R. — Les visites que j'espérais c'était de ma petite fille, rares d'ailleurs ici.

D. — Et cette lettre ?

R. — Ce sont les renseignements sur les visites de l'enfant, que je trouve trop éloignées en somme.

D. — Plaignez-vous en à votre mari !

R. — Je croyais qu'il avait chez ma parenté appellation difficile de ce mot : mari, parce qu'il était suspecté dans la commune où je me suis mariée, parce qu'il susdit était l'effervescence, presque le meneur des faits opposés, des lois légales ; peut-être un casier judiciaire. Ce sont des fréquentations mauvaises ou peut-être intérêt bas, pour vouloir tripoter des mots d'un français certainement défectueux, et vouloir faire un marchandage vil de traite des blanches, approximatif à ceci. Il a profité d'une demi-démence et d'un surmenage et a fait le déshonneur, c'est-à-dire sans scandale, d'une divulgation mentale et peut-être même le marchandage, sans appareillage, qui ne lui appartenait pas, de n'être pas recta, net de paiement. Je crois qu'il y a deux mots marchandage, c'est peut-être trop.

D. — Pourquoi recta, net de paiement ?

R. — Parfaitement. En ceci, je ne forme pas de suppositions ; c'est une atteinte vraie, une malhonnêteté, docteur. Vous pensez que probablement sur le cours de ma vie, il y a eu des cas plus bas. J'étais une vie d'or et maman, il avait toute possibilité de rupture, qu'il n'a pas voulu prendre prouvant en ceci fatalité ancrée.

D. — Vous voulez dire *une* fatalité ancrée ?

R. — Il y aurait des fatalités dans la vie et non pas une fatalité dans les vies. Fatalité ancrée d'accumulation désagréable et désorganise complète.

D. — ?

R. — C'est toute pensée que l'on aurait à la seconde, et peut-être même au cent millionième ; oserait de lancer, par des filtres ou des clés, des schémas avec certains aides et distances qui m'empêchent d'agir au jour le jour, pour faire cesser toute inquisition. Et il aurait réussi à me faire déposséder de ma santé presque totalement par tractions propulsions et complicités.

D. — ?

R. — Certains amaglements d'un liquide qui immunise éclécisme. Vous avez de jolis mots ; j'espère que vous ne les prenez pas en tangibilité fausse.

Si on étudie la syntaxe de la malade, d'après ce court entretien, on constate que l'ordre syntaxique est différent selon le moment de la conversation et selon que celle-ci traduit un simple jugement de valeur ou un phénomène plus complexe de préhension intellectuelle. De ces deux observations, la première est classique. C'est un des symptômes de la schizophasie que la simplicité et la correction grammaticales du discours au début.

La seconde remarque a rapport avec les procédés syntaxiques de l'expression. Les réactions affectives bouleversent l'ordre syntaxique régulier en plaçant au début de la phrase l'élément prévalent :

« *Du goujon, c'est bien là le dîner d'un héron !* »

Cette tendance conduit à l'usage de la phrase à terme unique, expression d'une décharge affective : peur, appréciation, ordre :

« *Le pauvre homme !* »

Parfois, une série d'exclamations tend à remplacer la phrase organisée, chacune exprimant une réaction affective :

« *A moi, Comte, deux mots.* »

A l'encontre de la syntaxe de ces exemples, celle de notre malade témoigne de préoccupations dialectiques. Ses phrases sont de longues périodes construites sur un mode logique. La rupture occasionnelle des liens syntaxiques est le fait du surgissement et de l'interpollation de propositions incidentes, qui oublient leur condition sitôt nées. L'expression affective, loin d'être exprimée d'abord, est placée ici en marge du discours logique, comme une note. « *Les visites que j'attendais, c'étaient celles de ma petite fille, rares d'ailleurs ici.* »

Le choix des mots traduit le même souci. Le premier terme utilisé est parfois affectif ; mais la malade fait vite appel aux doublets logiques. Parlant des siens, elle dit au début de l'entretien, *petite fille*, puis *enfant*, ensuite *parenté*. Suivent des termes abstraits où paraît le souci croissant d'une expression impersonnelle. Il n'est pas besoin de changer les mots pour rendre l'expression affective, il suffit de les déplacer. Les adjectifs qui expriment une appréciation se mettent avant le nom ; ceux qui décrivent, définissent, se placent après. La post-position de l'adjectif est un procédé du discours logique. Elle est habituelle dans le langage de notre malade. Témoignent : *appellations difficiles, fréquentations mauvaises, intérêt bas, marchandage vil...*, etc. Lorsque la malade, quitte l'exposé de ses idées délirantes pour formuler une appréciation de nos recherches, la phrase emprunte un style affectif, qu'elle abandonne avec le retour de la cogitation intellectuelle.

« *Vous avez de jolis mots, docteur.*

« *J'espère que vous ne les prenez pas en tangibilité fausse.* »

Ce système apparaît encore plus clairement dans l'emploi des articles des prépositions et des conjonctions, mots de détermination et d'association. Ainsi que dans l'emploi de *un*, article

indéfini, qui ne nous fait rien connaître de l'objet si ce n'est qu'on n'en suppose pas plusieurs :

« *Un songe, une ombre, un rien, tout lui donnait la fièvre.* »

L'élision de cet article lève l'indétermination que son emploi comporte. Cette élision est un phénomène ordinaire, dans le langage de notre schizophasique. Comme le juge « renvoie à huitaine », le notaire « met opposition », l'homme d'affaire « accuse réception », notre malade dénonce : « *intérêt bas, tractions propulsionnées et complicités, tangibilité fausse* ». A quelques réserves près, c'est la même syntaxe qui sert à l'expression des troubles, lorsque la malade les dénonce et lorsque le médecin les consigne dans son certificat. L'abondance des conjonctions de coordination, de subordination, des locutions conjonctives : et, ni, or, donc, parce que, de sorte que, excepté, y compris, hormis, relatif à, susdit..., etc., tient aux mêmes raisons. Le souci de préciser conduit à l'emploi de pléonasmes (lois légales), de mots dérivés du latin à usage commercial ou juridique (recta). Ainsi, le style précis et précieux de la malade rappelle à maints égards celui de la Basoche :

« *Outre, plus, le susdit serait venu de rage,
Pour lacérer le dit présent procès-verbal.* »

Il nous semble que les anomalies de la syntaxe de notre malade, pas plus que celles du style de Perrin-Dandin, ne sont attribuables à un déficit intellectuel. Marcelle s'exprime précisément et, loin de négliger la syntaxe, elle s'en soucie constamment.

La séance est levée à 11 heures.

Le Secrétaire des séances,
Paul CARRETTE.

Séance du Lundi 24 Mai 1937

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE EXTRAORDINAIRE

Présidence : M. René CHARPENTIER, président

En ouvrant l'Assemblée générale, M. René CHARPENTIER, *président*, souhaite la bienvenue au D^r Paul ABÉLY, *secrétaire des séances*, qui reprend sa place au Bureau après en avoir été éloigné pendant cinq mois par un grave accident, et lui adresse les heureuses félicitations de tous ses collègues.

Augmentation de la cotisation

Après exposé par le *président* de l'augmentation considérable des frais d'impression, survenue depuis la précédente Assemblée générale, la Société décide, sur la proposition du Conseil d'Administration, et de la Commission des Finances, et à l'unanimité des membres présents, d'augmenter de 50 francs la cotisation annuelle de chacun de ses membres, dès l'année 1937. La cotisation annuelle est donc fixée à 250 francs pour les *membres titulaires*, et à 190 francs pour les *membres correspondants nationaux* (y compris l'abonnement aux *Annales Médico-psychologiques*, bulletin officiel de la Société).

Frais de publication du Bulletin de la Société

A l'unanimité des membres présents et, conformément à l'article 13 du Règlement, en accord avec le Directeur des *Annales Médico-psychologiques*, la Société fixe à 10.000 francs les frais de publication annuels du bulletin de la Société dans les *Annales Médico-psychologiques*.

SEANCE ORDINAIRE

Présidence : M. René CHARPENTIER, président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du jeudi 8 avril 1936 et le procès-verbal de la séance du lundi 26 avril 1936 sont adoptés.

Correspondance

M. Paul COURBON, *secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

des lettres de MM. les D^{rs} COENEN, de Haarlem, et KRAFF, de Buenos-Aires, qui remercient la Société de les avoir élus *membres associés étrangers* ;

une lettre de Mme le D^r COLLET, médecin-chef à l'asile de Fains, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national* ; la Société désigne une Commission composée de MM. HAMEL, Jean LÉPINE et Georges COLLET, rapporteur, pour l'examen de cette candidature : le vote aura lieu le lundi 28 juin ;

une lettre de M. le D^r CHATAGNON, médecin-chef des asiles de la Seine, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national* ; la Société désigne une Commission composée de MM. René CHARPENTIER, Paul COURBON et Paul CARRETTE, rapporteur, pour l'examen de cette candidature ; le vote aura lieu le lundi 28 juin.

A propos de la codéinomanie

M. le Professeur Henri CLAUDE expose à la Société que l'Académie de Médecine ayant désigné une Commission dont il fait partie pour étudier les dangers éventuels d'accoutumance et d'intoxication dus à l'administration de la codéine, il désire demander aux membres de la Société quels sont, sur cette question, les résultats de leur expérience.

M. René CHARPENTIER, rapporte avoir eu à traiter des cas de *codéinomanie*. Il estime que dans les cas qu'il a observés une part importante était due à l'élément obsédant de l'injection elle-même, et au désir impérieux du malade d'avoir sa « piqûre ». Il ajoute cependant que les troubles observés, assurément beaucoup moins importants et beaucoup moins graves que ceux dus à la morphine, par exemple, ont été suffisamment marqués pour lui dicter comme règle de ne prescrire les injections de phosphate de codéine qu'avec prudence.

M. MINKOWSKI déclare avoir eu à traiter un cas de *codéinomanie* par ingestion et rappelle un cas rapporté par M. Rogues de Fursac.

M. BONHOMME dit avoir observé des cas analogues.

Election à une place de membre correspondant national

Après lecture d'un rapport de M. BEAUDOUIN, au nom d'une Commission composée de MM. BEAUDOUIN, DEMAY et CAPGRAS, sur la candidature du D^r BRIAU, il est procédé au vote.

Nombre de votants	29
Majorité absolue	15

A obtenu :

M. BRIAU	27 voix.
Bulletins blancs	2 —

M. le D^r BRIAU, de Clermont (Oise), est élu *membre correspondant national* de la Société Médico-psychologique.

Rapport de la Commission sur les mémoires présentés pour le prix Aubanel

M. G. PETIT. — Au nom d'une Commission composée de MM. OLIVIER, DUPOUY et PETIT, j'ai l'honneur de vous rendre compte des deux mémoires présentés à la Société pour l'obtention du Prix Aubanel, ayant pour sujet, cette année, « *les Psychoses jumeillaires* ».

Le premier de ces mémoires a pour auteur Mme le Docteur A. GAZANIOL-CHEVALIER, interne à la Maison de Santé départementale de Blois. Après une étude biologique sommaire de la jumeilité et des maladies physiques des jumeaux, — dont la différenciation en jumeaux bivitellins et jumeaux univitellins est primordiale (les jumeaux univitellins ou monozygotiques, c'est-à-dire provenant du même œuf, possédant seuls un ensemble

de caractères de similitude qui manquent aux jumeaux bivitellins), — l'auteur expose brièvement l'histoire de la question des psychoses dites gemellaires et rapporte onze observations, dont quatre personnelles, de troubles mentaux survenus chez des jumeaux. Ces observations sont classées sous des rubriques fort diverses : démence précoce, mélancolie, psychose maniaque-dépressive, bouffée délirante, troubles psycho-moteurs, arriération et perversions instinctives, arriération et épilepsie, idiotie, obsession. Il est regrettable que la plupart d'entre elles soient exposées sommairement, en particulier du point de vue organique.

Néanmoins, l'auteur aboutit à des conclusions paraissant fort judicieuses, et, d'ailleurs, plus en rapport avec la conception des psychoses familiales de notre collègue Demay et les recherches plus récentes des auteurs modernes allemands et américains qu'avec la théorie, plus romanesque que scientifique, de la « folie gemellaire » de Ball, qui ne présente plus guère qu'un intérêt historique. Mme Gazaniol-Chevalier estime donc que les psychoses gemellaires constituent seulement une modalité des psychoses familiales. Le terme de psychose gemellaire doit s'appliquer à tous les troubles mentaux survenant chez des jumeaux, quelle que soit l'époque d'apparition de la maladie. Elle note, avec nombre d'autres auteurs, que les troubles mentaux s'observent plus fréquemment chez les jumeaux univitellins, lesquels présentent toujours entre eux une plus grande conformité physique et psychique que les jumeaux bivitellins, qui, seuls, peuvent être de sexe différent. Alors que les jumeaux bivitellins présentent des psychoses n'ayant, entre elles, pas plus de ressemblance que les psychoses apparaissant entre frères ou sœurs quelconques, — un seul de ces jumeaux pouvant être frappé, — dans le cas des jumeaux univitellins, au contraire, les psychoses atteignent beaucoup plus fréquemment les deux jumeaux et présentent, en général, des caractères assez identiques. Néanmoins, cette identité n'est pas toujours absolue et il faut tenir compte des facteurs acquis, physiques et psychiques. Les facteurs héréditaires (hérédité nerveuse, tendance au suicide, alcoolisme, gemellité), souvent au premier plan, subissent en effet des variations quantitatives et peuvent même demeurer latents.

Enfin, après avoir noté que la plus grande variabilité existe dans le mode d'apparition des psychoses gemellaires, l'auteur remarque que ces psychoses affectent les types les plus divers, mais que les plus fréquemment observées sont, naturellement,

la démence précoce et la psychose maniaque-dépressive. Une bibliographie assez brève termine ce mémoire de 80 pages, clairement exposé, mais malheureusement un peu trop succinct, tant au point de vue de l'étude psycho-organique des syndromes psychopathiques observés que de l'exposé des travaux américains et allemands récents sur cette importante question.

A ce point de vue, le mémoire de M. Jean CARRÈRE, interne des asiles de la Seine, nous apporte une contribution beaucoup plus étudiée. Après un historique très complet de l'évolution des idées sur les psychoses jumeillaires, l'auteur expose les diverses opinions sur la grossesse jumeillaire et sa pathologie en général, ainsi que les données modernes concernant la génétique et les psychoses jumeillaires. De nombreuses pages mettent en valeur l'importance d'un mouvement, basé sur les premiers travaux de Morgan, où l'étude des maladies mentales, d'après les lois de Mendel, a suscité les recherches de Rosanoff et de son école en Amérique, de Rudin et de ses disciples en Allemagne, de Boven, en Suisse, etc.

Une étude comparative des psychoses observées par les divers auteurs chez les jumeaux semble permettre de conclure que le cadre de la folie jumeillaire de Ball, avec ses trois caractères de simultanéité, d'identité et de spontanéité, apparaît vraiment trop rigide. (D'ailleurs, dans la première observation de Ball lui-même, manque la simultanéité...). Certes, chez les jumeaux univitellins, les psychoses affectent souvent des traits communs; mais ces analogies ne sont pas sensiblement différentes de celles observées dans les psychoses dites familiales. En revanche, les psychoses des jumeaux bivitellins apparaissent sensiblement plus discordantes. Quant à l'hérédité névropathique, souvent nette, elle manque quelquefois; et il faut alors invoquer une origine exogène (ainsi que Cullerre l'avait signalé dès 1901), une origine toxique ou infectieuse.

Six observations personnelles, particulièrement détaillées, illustrent la partie clinique de cet important travail de 205 pages, qui comporte une bibliographie psychiatrique générale très complète de la question, à laquelle s'ajoute un index chronologique des principaux travaux concernant la jumeillité en général.

En résumé, il apparaît à votre Commission que, si les deux mémoires présentés pour le *prix Aubanel* méritent l'un et l'autre d'être récompensés, il lui semble cependant équitable de marquer une différence notable en faveur de l'étude originale

de M. Carrère, qui témoigne, incontestablement, de connaissances cliniques et théoriques plus étendues et plus solides. Elle vous propose donc d'opérer le partage du prix selon les modalités suivantes : 2.000 francs à M. Jean Carrère et 1.000 francs à Mme Gazaniol-Chevalier.

D'autre part, votre Commission devant choisir également le sujet du concours pour le prix Aubanel à décerner en 1940, vous propose la question suivante : *Tuberculose et troubles mentaux*.

Prix Aubanel pour 1940

Conformément à la proposition de la Commission, la Société décide que le sujet du *prix Aubanel* à décerner en 1940 sera : *Tuberculose et troubles mentaux*.

COMMUNICATIONS

Psychose hallucinatoire ; évolution intermittente ; élimination d'idées de persécution, par MM. E. MINKOWSKI et H. POLLNOW.

Il s'agit d'un malade que nous avons suivi à la consultation de l'Hôpital Henri-Rousselle. L'observation, bien que ne contenant que des données connues et courantes, présente l'avantage de faire ressortir certains faits et mécanismes psychopathologiques avec une netteté particulière.

Le malade, âgé de 54 ans, est d'origine étrangère. Pas de maladies nerveuses ni mentales dans la famille ; par contre, les deux parents sont morts de tuberculose, et, du côté maternel, il y a eu de nombreux cas de cette affection. Le malade a eu deux frères, dont l'aîné, en dépit des conditions modestes de la famille, est arrivé, grâce à ses qualités et à un effort incessant, à devenir bâtonnier dans une ville de province en Russie, tandis que l'autre était un être passif, sans amour-propre, vivant sans but précis. Il est plein d'admiration pour son frère aîné. Lui-même ne fait pas d'études secondaires. La situation de son père l'oblige à entrer, à l'âge de 14 ans, dans une école professionnelle où il fait, pendant trois ans, son apprentissage de mécanicien. Cela ne détermine, du reste, aucun sentiment de dépit en lui. Dès son jeune âge, il était « extrêmement sérieux et très sensible ». Plutôt timide, il ne recherchait guère la société de ses cama-

rades. Il voulait arriver et travaillait avec zèle. Il reste quelques années chez son premier patron. Le travail est dur ; après le travail d'atelier, il assure encore le service d'éclairage dans un théâtre jusqu'à une heure du matin, ce qui lui faisait des journées de travail de 18 heures. Malgré cela, le salaire est maigre, à peine suffisant. Aussi quitte-t-il la Russie, en 1902, dans l'espoir de mieux réussir ailleurs. Après de brefs séjours de quelques mois en Autriche, en Allemagne et en Suisse, il arrive à Paris en 1904. Il travaille comme mécanicien, reste dans ses places successives de cinq à sept ans. Il mène la vie d'un ouvrier rangé, travailleur et consciencieux. Il est sobre. Il fait l'expérience, comme il le dira par la suite pour rendre plausibles les motifs des prétendues persécutions auxquelles il se croira en butte au cours des périodes morbides, que les ouvriers, dans une usine, « rouspètent » parfois lorsqu'un étranger, bon travailleur, est embauché ; mais cela ne le gêne nullement. Il épouse, en 1924, une Française ; le ménage est uni ; pas d'enfants. En 1922, avec ses économies, il achète un petit lotissement et se met à construire lui-même sa maison, y travaillant les dimanches et jours de fête, et en y faisant tout selon ses goûts. Il met ainsi 10 ans pour l'achever. Les voisins le jalouaient peut-être en voyant qu'il construisait à si bon compte, tandis qu'eux étaient obligés d'employer des ouvriers. Plus tard, cette idée lui était venue aussi pour expliquer les raisons des persécutions.

Tout va bien ainsi jusqu'en 1930. A ce moment, la crise économique se fait sentir. Il perd sa place, réussit cependant à trouver du travail dans une autre maison. Mais il a l'impression qu'on ne veut plus occuper d'étrangers. Pendant le travail, il entend des menaces, toutes sortes de voix de personnes invisibles qui disent, entre autres : « Voilà un étranger qui a été embauché, tandis que des Français crèvent de faim. » Il quitte brusquement sa place, à la grande surprise de son patron et de ses camarades. A partir de ce moment tout s'apaise, les voix disparaissent et il n'entend plus rien pendant dix-neuf mois, jusqu'au mois de mars 1932.

A cette époque il est en chômage ; il s'éreinte en cherchant, en bicyclette, du travail, du matin au soir ; l'avenir le préoccupe. Les phénomènes morbides réapparaissent. Il n'entend rien dans la rue, mais, à la maison, il entend les voix de ses voisins, ou plutôt ce qu'il entendait ressemblait aux voix des voisins. On aurait dit leur imitation. Chaque voisin le menaçait d'une façon ou d'une autre. Ces troubles disparaissent, selon lui, brusquement, le 12 septembre 1932. Il trouve du travail et n'entend plus rien.

Le troisième accès se produit deux ans plus tard, en septembre 1934. Il avait été opéré d'une hernie au mois de mai de la même année. Il avait un travail particulièrement dur ; il était chargé du chauffage d'une machine à vapeur et vivait dans une atmosphère de 50 à 60°. Il commence à entendre des menaces de mort. C'étaient des imitations des voix du patron et des ouvriers, des cris. Il croyait qu'on allait l'assassiner, a très peur. Il se confie à un directeur qui

lui conseille de rentrer chez lui et de s'adresser à un médecin. Est interné à l'asile de Clermont. Là, entend des choses terribles, des propos orduriers, des menaces ; entend des femmes pleurer ; a des rêves inouïs ; souffre comme il n'a jamais souffert de sa vie ; entend un grand nombre de voix, d'hommes et de femmes ; pourrait faire un livre là-dessus ; on voulait l'assassiner ; c'étaient des mises en scène ; on distribuait des rôles : l'un devait apporter du bois ; un autre, en ouvrant la porte, lui faire tomber un gros poids sur la tête ; dans la cave, on creusait le sol pour le faire tomber ; des types étaient désignés pour faire exploser une bombe juste au-dessous de l'endroit où il se trouvait ; lorsqu'il se déplaçait, ils faisaient de même ; « c'était un véritable jeu de cache-cache, un véritable cauchemar ». Il ne reste que 15 jours à l'asile ; le 8 octobre, tout cesse ; il n'entend plus rien pendant neuf mois.

Réapparition des voix, pour la quatrième fois, au mois de juillet 1935, mais il apprécie maintenant différemment ces voix. Avant, croyait qu'il était entouré d'ennemis, maintenant, réfléchit et se dit : « Il y a quelque chose qui n'est pas clair. » Il fait des expériences pour vérifier ; il laisse, par exemple, la porte ouverte pour voir s'ils viennent ou ne viennent pas ; « s'ils viennent, on verra bien à la fin ». Il constate également que les paroles qu'il attribuait à une personne ne concordaient pas avec les paroles qu'elle prononçait réellement. Il s'est rendu compte alors qu'il se trompait, que les personnes qu'il prenait pour des ennemis, ne l'étaient pas en réalité. Il est presque sûr maintenant que « c'est son sang et son cerveau qui le travaillent », idée qui lui était venue dès sa sortie de l'asile. Il a acquis la conviction qu'il y a des ondes qui peuvent influencer le cerveau. Ne peut pas préciser pourtant exactement ce qui vient du cerveau et ce qui vient des ondes. Il se rend compte que tout était faux et imitation. Depuis, les phénomènes continuent ; cela l'ennuie, le gêne et il voudrait en être débarrassé, mais il les supporte et ils n'ont aucun retentissement sur sa conduite. Quand il parle, à peine a-t-il fini, qu'il entend la répétition de ses paroles ainsi que de celles de la personne avec laquelle il s'entretient, parfois de très loin, parfois nettement comme de vraies voix. La science n'a pas encore tout expliqué ; il existe des choses inconnues. Quelquefois, comme si six ou sept voix s'échelonnaient en profondeur, les unes plus proches, les autres plus éloignées. Les voix critiquent parfois son travail ou d'autres fois disent : « C'est un as. » Lorsqu'il est allongé sur un côté, il entend : « Tourne-toi. », et, s'il ne le fait pas, il sent une espèce de brûlure dans le côté ; il est obligé alors de se retourner. La nuit, sent des secousses dans la tête. Sent aussi parfois de l'électricité dans les mains. Avant de faire un geste, il sent que son cerveau le devance. Parfois, une poussée se produit, comme s'il devait répondre ; s'il résiste, il se produit comme un contact dans sa tête, cela fait toc-toc. Tous ces troubles, le malade, comme il a été dit déjà, s'en accommode au fond et il ne les trahit que verbalement, lorsqu'il

veut les confier au médecin de qui il attend une aide. En chômage pendant plusieurs mois, il a fait ce qu'il a pu pour trouver un emploi et travaille maintenant à nouveau régulièrement. Au point de vue organique, rien de particulier, sauf une légère hypertension : 18-8 au Pachon.

Du point de vue clinique, nous relevons, sans en tirer de conclusion du reste, la fréquence de cas de tuberculose dans les antécédents familiaux.

La psychose évolue, à partir de 1930, sous forme d'accès successifs, à début et terminaison assez brusques, d'une durée de quelques semaines à quelques mois, séparés par des intervalles caractérisés par un retour complet à l'état normal. Toutefois, le dernier des accès, moins aigu que les précédents, dure depuis un an et demi et donne l'impression de chronicité.

Ces accès — et cela nous mène aux problèmes psychopathologiques — ne sont pas tout à fait identiques. Au cours des trois premiers accès, de nature plus aiguë, comme nous venons de le dire, se manifestent nettement des facteurs morbides portant sur des agissements hostiles et des persécutions dirigées contre le sujet ; celui-ci se croit entouré d'ennemis qui veulent sa mort. Ces facteurs ont pour conséquence un court internement du malade. Au cours du quatrième accès, ces facteurs s'effacent cependant entièrement. Le malade se livre à des vérifications et élimine complètement les idées de persécution comme non-fondées. Ces idées n'ont ainsi, dans ce cas, que la portée d'un symptôme secondaire. Le tableau clinique du quatrième accès se réduit, à peu de chose près, à ce que de Clérambault a décrit comme noyau central de l'automatisme mental.

Cette élimination cadre bien avec les particularités caractérielles, avec la constitution du malade. Ce n'est pas un paranoïaque. Il résume très bien lui-même ses particularités caractérielles, en disant que, de tout temps, il a été « sensible et sérieux ». A l'examen, il donne l'impression de bonhomie et de confiance ; sa tenue, ses manières sont très correctes ; c'est un homme rangé et paisible comme l'est sa vie également ; on ne constate aucune agressivité chez lui.

Du reste, les traits sensitifs (Kretschmer) de son caractère se retrouvent également à l'origine des trois premiers accès. Ce sont le surmenage, le chômage forcé et contraire à sa nature, des préoccupations au sujet de l'avenir, la crainte d'une attitude malveillante possible à l'égard d'un étranger au moment d'une crise économique, qui les déclanchent et qui déterminent par la suite

le thème de ses hallucinations et des idées de persécution qui les accompagnent. Il est probable, bien que nous n'ayons pas observé nous-mêmes ces trois premiers accès, que l'anxiété y ait joué un grand rôle.

C'est cette origine sensitive qui fait, dans ce cas, de l'élément : persécution, un symptôme secondaire et lui permet de s'effacer plus tard entièrement, contrairement à ce que l'on observe d'habitude lorsqu'il s'agit d'une constitution paranoïaque ou lorsque les idées de persécution sont le résultat d'une élaboration moins personnelle, plus mécanique, telle qu'elle a été décrite par exemple par de Clérambault.

Un autre point qui mérite d'être relevé — et M. Vié l'a fait dans sa communication à la séance du 26 avril — c'est ce fait que le malade, s'il n'a aucun doute en ce qui concerne la réalité de ses phénomènes hallucinatoires, ne considère point le contenu ou l'objet de ces hallucinations comme donnée simple et dernière, comme nous le faisons pour nos perceptions. L'une des malades de M. Vié disait, à propos de ses hallucinations, comparées aux perceptions : « C'est du pas valable. » Tous les malades ne vont pas si loin, mais très souvent, ils parlent au sujet de ce qu'ils croient percevoir avec certitude, de « faux, d'imitation, de mise en scène », c'est ce qui montre bien que le contenu n'est point vécu par eux comme vrai et univoque. C'est le cas aussi chez notre malade. Un autre malade, décrit par l'un de nous antérieurement, disait qu'il entendait la voix d'un jeune homme qui simulait celle d'un vieillard, ou encore que c'était comme si un Allemand essayait de parler yiddish. Sans doute, cette imitation, ce faux, cette mise en scène peuvent être interprétés d'emblée comme désir, de la part des interlocuteurs insolites, de tromper, d'induire en erreur le sujet. Mais, d'une façon plus générale, ce qui importe c'est que ces facteurs dénotent comme une sorte de séparation, de dédoublement primitif dans le contenu de l'hallucination puisque l'imitation suppose nécessairement la séparation de ce qui imite et de ce qui est imité. Cette circonstance signifie ainsi comme un prolongement par delà l'objet perçu et ouvre ainsi naturellement la porte à des interprétations explicatives de la part du sujet. Ces interprétations ne devront pas s'engager nécessairement dans la voie menant vers un délire de persécution. Souvent, dans les délires chroniques, elles aboutiront à l'affirmation d'une sorte de reproduction particulière. Ainsi le malade dont il a été question plus haut et qui se plaignait de courants électriques, disait qu'on avait peut-être peint sur un mur son portrait et qu'on faisait passer des courants réels à tra-

vers ce portrait. Une autre malade décrite antérieurement, pour expliquer la sensation hallucinatoire d'avoir été cinglée au visage par la pluie et par le vent, et d'avoir senti simultanément l'odeur de marrons grillés, admettait comme hypothèse qu'au même moment une autre personne, influencée comme elle, passait quelque part sous la pluie et sous le vent devant un marchand de marrons. Des suppositions de cet ordre ne sont pas rares.

Enfin, les troubles chez notre malade, comme cela s'observe parfois, sont actuellement, et cela depuis de longs mois, comme enkystés ; ils n'ont aucun retentissement sur sa conduite ni sur ses relations avec ses semblables ; il vaque à ses occupations, n'attire en aucune façon l'attention sur lui, est parfaitement lucide. Aussi, petit détail à noter, bien que persuadés à la suite de ce que nous enseigne la psychiatrie à ce point de vue, de la gravité des troubles qu'il présente, n'arrivons-nous pas à réaliser vis-à-vis de lui ni l'attitude que nous prenons à l'égard d'un malade mental avec les troubles de la conduite et du comportement qui le caractérisent, ni celles à l'égard d'un malade neurologique avec les symptômes que nous constatons objectivement chez lui, cela évidemment dans le sens de la clinique courante tout à fait indépendamment de nos conceptions plus organicistes ou plus psychologiques en psychiatrie.

Hétérogénéité du comportement hallucinatoire, par M. Paul COURBON.

Chacune des théories formulées au cours des précédentes séances, m'a paru convenir le mieux à l'égard de certains cas particuliers. Mais c'est la théorie de M. Guiraud qui m'a semblé d'une vérité plus médicale, et plus générale car elle est fondée sur les données de la clinique psychiatrique, de la clinique neurologique, et de ce que l'on peut appeler l'expérimentation neurochirurgicale. Cette expérimentation est la constatation d'hallucinations élémentaires fugaces, perçues par le sujet non endormi, chaque fois que le bistouri appuie volontairement dans un but opératoire, ou par hasard, ou par curiosité du chirurgien, sur une zone sensorielle du cerveau.

Comme Guiraud, je crois que l'irritation, mécanique, lésionnelle ou toxique de la sphère sensorielle neurocérébrale est nécessaire pour qu'il y ait esthésie.

Cette esthésie n'est guère autre chose que la sensation spéci-

fique amorphe qui serait fournie isolée par le fonctionnement de l'organe des sens, si ce fonctionnement était isolable. Mais cet isolement est impossible, car en même temps que la sensation spécifique est produite, le psychisme l'élabore et la transforme en perception.

Sans esthésie, pas d'hallucination véritable, et pas d'esthésie sans irritation de l'appareil sensoriel neurocérébral. Le phénomène psychosensoriel dépourvu d'esthésie est une « *représentation mentale imagée* » comme on s'efforce de le montrer un peu plus loin.

Ceci dit, je voudrais ajouter quelques réflexions sur le comportement hallucinatoire, pour prouver d'une façon très schématique et très incomplète, que les malades qui se conduisent en hallucinés n'ont pas, tous, des hallucinations véritables.

Le comportement hallucinatoire est celui de l'individu qui, par son langage, sa mimique et ses actes, a l'air de réagir à la présence d'un objet perçu par lui mais inexistant pour les spectateurs.

Paroles s'adressant à des interlocuteurs, gestes de menaces, ou de défense, de supplication ou de caresse, mouvements de fuite ou de poursuite, de demande ou de refus, de préhension, d'enlacement ou de pulsion, regards expressifs dans la même direction, occlusion des yeux, des oreilles ou du nez, etc., tels sont les éléments principaux du comportement hallucinatoire.

Eh bien, les malades chez lesquels j'ai observé les réactions ci-dessus se divisent en deux catégories : celle des malades qui croient réellement à la présence de l'objet et celle des malades qui se la représentent sans y croire. La première catégorie se divise elle-même en deux, suivant la forme de la croyance. On a donc trois groupes : les malades dont la croyance à la présence de l'objet est logique, les malades dont la croyance à la présence de l'objet est mystique, ce mot étant pris dans l'acception que lui donne Lévy-Brühl ; enfin les malades qui ont une représentation dramatisée de cette présence à laquelle ils ne croient pas.

a) Premier groupe : Malades à comportement hallucinatoire qui ont une croyance *logique* à la présence de l'objet.

Ce sont les malades dont la sphère sensorielle est le siège d'une irritation ; ce sont les hallucinés vrais qui ont une esthésie au sens de Guiraud.

Cette esthésie leur donne par elle-même la croyance à la présence d'un objet extérieur, parce que l'expérience de toute leur

vie antérieurement à la maladie, leur a appris que toujours la sensation spécifique est déterminée par un objet extérieur.

Entendant des paroles, voyant un visage, ils ne doutent pas de la présence d'un être, d'un appareil, ou d'un simulacre matériel, parce que jamais ils n'ont entendu de paroles sans qu'un homme ou un phonographe parlât réellement, parce que chaque fois qu'ils ont vu quelque chose, une chose était toujours réellement dans leur champ visuel.

On peut dire de cette croyance qu'elle est logique parce qu'elle procède d'une identification conforme aux règles de la pensée logique de l'homme civilisé qui identifie les objets d'après leurs caractères objectifs. C'est parce qu'ils les ont vus et entendus que les *hallucinés* et les *oniriques* croient à la présence de leurs persécuteurs.

b) Deuxième groupe : Malades à comportement hallucinatoire qui ont une croyance *mystique* à la présence de l'objet.

Ces malades n'ont aucune irritation de la sphère sensorielle. Mais ils ont perdu cette fonction à laquelle M. Baruk a donné le nom de contention de la pensée intérieure. Ce sont des *influences*.

Tous les influencés arrivent à la longue à attribuer l'émancipation de leur pensée à une influence étrangère. Beaucoup n'ont jamais la croyance en la présence du persécuteur à leurs côtés. Mais quelques-uns ont cette croyance aux moments des paroxysmes excitateurs ou inhibiteurs de leur automatisme mental. A ces instants, ils se mettent à proférer des injures ou des supplications, à avoir une mimique de protection, d'agression, de menace, etc.

On peut dire de cette croyance qu'elle est mystique, au sens de Lévy-Brühl, parce qu'elle procède d'une identification conforme aux règles de la pensée prélogique du primitif, qui identifie les objets non d'après leurs caractères objectifs, mais d'après leurs pouvoirs mystiques. C'est parce qu'ils ont subi l'emprise du persécuteur que ces influencés croient à sa présence.

c) Troisième groupe : Malades à comportement hallucinatoire qui ne croient pas à la présence de l'objet, mais qui s'en font une *représentation dramatisée*.

Ces malades n'ont ni irritation de la sphère sensorielle, ni perte de la contention de la pensée intérieure. Mais ils ont la dramatisation de cette pensée intérieure, le verbe dramatiser étant pris avec son sens étymologique de jouer une pièce.

Ce *tempérament dramatisateur* est celui des gens à imagination vive et motricité agile qui miment inconsciemment ce qu'ils pensent, qui revivent leurs souvenirs en les évoquant et qui

exécutent un acte en le préméditant. Il est de nature constitutionnelle ou même ethnique, plus fréquent dans les pays du Midi que dans ceux du Nord. Il transperce sous *n'importe quelle psychose*. Celle où il apparaît avec le plus de pureté, est la manie. C'est le cas de certains maniaques qui semblent discuter, rire, chanter, batailler avec des partenaires imaginaires et qui, en réalité, ne font que représenter à eux seuls tous les personnages de la scène à laquelle ils pensent.

Quelquefois, cette représentation est si complète que l'objet est évoqué avec ses attributs sensoriels. Ceci a lieu quand le sujet est doué de cette particularité d'imagination appelée représentative par Sollier et objectivante par Mignard. C'est le cas des artistes capables de faire un portrait exact dans ses moindres détails, sans regarder le modèle, en se contentant d'en évoquer le souvenir.

Ces « représentations imagées » nées de la mémoire et de l'imagination, sans intervention d'une irritation de la sphère sensorielle, diffèrent de l'hallucination. Elles s'accompagnent non de la sensation spécifique elle-même mais de son souvenir. Spontanément, donc, elles ne s'objectivent pas et ne comportent pas la croyance à la présence de l'objet, car elles n'ont pas d'esthésie.

Malgré leur normomorphisme déformant, ces quelques considérations me paraissent de nature à mettre en évidence l'hétérogénéité du comportement hallucinatoire. L'irréductibilité foncière de la conscience morbide à la conscience claire, dont Ch. Blondel a fait la démonstration, ne nous permet pas d'espérer atteindre jamais la solution du problème de l'hallucination. Ce n'est pas une raison pour ne pas continuer à l'étudier. Pour cette étude, je crois que l'usage de l'enregistrement phonographique et cinématographique sera d'un grand secours. Personnellement, je pratique le premier depuis 2 ans, et il m'a fourni une matière que je compte présenter ici un jour.

M. Georges DUMAS. — La distinction entre les hallucinations vraies et les pseudo-hallucinations est peut-être trop tranchée. S'il est manifeste, par exemple, que les hallucinations terrifiantes de l'alcoolisme sont la conséquence de l'intoxication, on peut se demander cependant si l'intoxication, en dehors des autres effets qu'elle peut avoir, n'agit pas surtout, dans ce cas, par l'intermédiaire des états affectifs et de l'obnubilation mentale qu'elle provoque ? N'y aurait-il pas lieu alors de mettre au premier plan ces deux facteurs hallucinatoires parmi les causes de l'hallucination alcoolique ?

M. Ch. BLONDEL. — Il n'est pas si évident que cela, que le rêve doive être considéré comme un phénomène normal. Nous rêvons d'autant plus que nous sommes plus fatigués ou que nous avons fait de plus grands écarts de régime. D'autre part, rêve et onirisme pathologiques me paraissent se contenter de très peu d'éléments sensoriels ou pseudo-sensoriels, pour construire leurs hallucinations.

M. VURPAS. — En faveur du rôle de l'état mental confusionnel dans la genèse de l'hallucination, je rappellerai les constatations que je faisais il y a 35 ans sur les grandes hystériques de la Salpêtrière que j'endormais hypnotiquement. Elles traversaient toujours une période de confusion avant d'entrer dans la phase des hallucinations.

M. Ach. DELMAS. — Je ne crois pas beaucoup à l'explication qui voudrait faire jouer le rôle essentiel dans le mécanisme des hallucinations à un état mental spécial fait par exemple de confusion et d'anxiété. Dans l'exemple des hallucinations oniriques du délirium ou de la confusion mentale aiguë, la clinique nous montre que le phénomène hallucinatoire peut précéder et surtout survivre aux éléments de confusion et d'anxiété. Dans les séquelles post-oniriques que j'ai spécialement étudiées et à propos desquelles j'ai inspiré plusieurs thèses, on voit la phase de réveil décrite par Régis se prolonger pendant des mois et les hallucinations auditives subsister entièrement seules, l'état mental proprement dit étant devenu normal. C'est dans des dissociations de ce genre et non dans des affections anciennes, vésaniques ou paranoïdes, qu'il convient d'étudier l'hallucination, sinon on risque de se trouver en présence non d'hallucinations vraies, mais de complexes indéchiffrables.

Si l'on croit pouvoir faire des objections aux exemples tirés des séquelles post-oniriques parce que les hallucinations sont dans le temps consécutives et trop proches de perturbations mentales importantes, la clinique nous fournit encore les cas d'hallucinoïse, et en particulier les cas d'hallucinoïse prodromique précédant l'évolution d'une psychose hallucinatoire chronique. Mais on peut aussi faire état des hallucinoïses qui survivent pendant de longues années, et même des décades, à des bouffées délirantes plus ou moins aiguës. Je citerai deux exemples de femmes ; l'une suivie depuis vingt ans, l'autre depuis quinze ans, toutes deux, l'une à 35 ans, l'autre à 50 ans ont fait une poussée d'encéphalite aiguë du type du délire polymorphe.

Elles ont toutes deux guéri en quelques mois, sauf qu'elles sont restées des hallucinosées. Elles ont repris la vie normale, et, sauf quelques troubles de l'humeur, l'entourage n'observe rien d'important chez elles et ignore même leurs hallucinations ; il n'y a vraiment pas là d'état mental qui nous paraisse pouvoir être incriminé.

En invoquant des exemples personnels, certains de nos collègues affirment que n'importe qui est sujet à des hallucinations. Je voudrais revenir au point précis des malades véritables que nous considérons comme des hallucinés et que nous soignons comme tels. Je me sens tout à fait en accord à leur sujet avec de Clérambault et avec Guiraud. Je me suis posé depuis bien longtemps la question de savoir s'il peut exister des hallucinations en dehors des cas lésionnels ou organiques. Les faits m'ont toujours paru répondre négativement. Il y a là un parallélisme constant qui me paraît juger le point de vue au moins étiologique.

M. COURBON. — L'excitation sensorielle pathologique ne suffit pas plus à former une hallucination que l'excitation sensorielle physiologique ne suffit à former une perception. Il n'y a pas de points du cerveau sensoriel dont l'excitation à quelques millimètres de distance déclenche la discothèque des injures et celle des compliments, le film des personnages ou celui des animaux. C'est toujours le psychisme qui avec des complexes conscients ou inconscients, cohérents ou incohérents façonne l'hallucination, mais c'est avec la matière fournie par l'appareil sensoriel.

Anatopisme mental ou psychose chez un Russe, par MM. Paul COURBON et DELMOND.

Le malade que nous allons présenter est un Russe de 31 ans, qui, en 4 ans, a été interné deux fois pour des bizarreries de la conduite dont la nature morbide est contestée par sa mère elle-même Russe. « Vous traitez mon fils de fou parce qu'il ne se désespère pas de vivre dans la misère et parce qu'il est ivre quelquefois. Mais en Russie on le trouverait normal. S'il est dans la misère c'est que la crise économique et la faiblesse de sa constitution physique ne lui permettent pas de travailler. Les Français s'inquiètent toujours de ce qui leur arrivera le lendemain. Les Slaves sont d'une indolence beaucoup plus sage. Les ancêtres de mon fils buvaient impunément beaucoup de vins non frelatés.

Lui boit rarement car il n'a pas beaucoup d'argent, et s'il s'enivre, c'est que le vin est de mauvaise qualité. Il n'est ni fou, ni dangereux. Vous le séquestrez arbitrairement. »

Ce cas, on le voit, pose la question du désaccord de la mentalité individuelle avec la mentalité collective. L'étude des conditions sociologiques de ce désaccord a été abordée plusieurs fois déjà par l'un de nous (1), sous le nom d'anatopisme mental, expression qui désigne la situation de l'individu qui n'est pas à sa place dans le groupe où il se trouve, autrement dit, la situation de l'individu, non adapté à la société dont il fait momentanément partie, mais parfaitement adaptable à une autre société.

En effet, pour insolite ou extravagante qu'elle paraisse dans le milieu où on l'observe, la conduite d'un individu ne saurait être tenue pour pathologique, quand elle est conforme aux règles et aux mœurs d'un autre milieu. Quand le groupe social envers lequel il y a conformisme existe en un autre point de l'espace, la situation du sujet est assez bien exprimée par le mot anatopisme. C'est le cas par exemple du parisien qui pense comme un arabe. Quand le groupe social envers lequel il y a conformisme, a existé à une autre époque du temps, la situation du sujet serait mieux exprimée par le mot anachronisme. C'est le cas du contemporain qui pense et vit comme un homme du Moyen Âge.

Dans le cas particulier, il s'agit de savoir si l'état mental du jeune homme est assimilable à l'état mental ethnique de ses ancêtres comme le prétend sa mère. Si oui, c'est un anatopique mental, dont les réactions scandaleuses aujourd'hui en France fussent restées inaperçues dans la Russie d'avant-guerre. Si non, c'est un malade mental incapable de s'adapter à aucune des sociétés présentes ou passées.

Cette discussion exigerait un long développement. Nous sommes obligés de la mutiler avec un laconisme déplorable à cause de l'exiguité du cadre disponible.

Il est né, en 1907, d'une famille de la noblesse, originaire de Tiflis, dont les membres avaient exercé de hautes fonctions publiques dans divers gouvernements de la Russie : généraux, jurisconsultes, à St-Petersbourg, banquiers. Son père, qui avait acquis le diplôme d'ingénieur agricole pour obtenir de ses terres un meilleur rendement, mourut lorsqu'il n'avait que 5 ans. Jusqu'à 10 ans il mena avec ses parents une vie opulente, au milieu de nombreux domestiques : résidences d'hiver à la ville, résidences d'été à la campagne, et grands voyages à travers Allemagne, Italie, Suisse, France, sous maints prétextes divers : se distraire, étudier, visiter des amis, consulter les

sommités médicales européennes, faire des cures thermales, car la santé de chacun laissait à désirer. Notre malade, dès l'enfance, souffrit d'asthme dont les accès gênèrent son instruction.

Il avait 10 ans quand la Révolution commença leur ruine qui s'acheva avec des fluctuations en plusieurs années. A 14 ans, il vint retrouver sa grand'mère, déjà installée à Paris. Il y vécut relativement à l'aise, tout d'abord suivant les cours de l'école de commerce de Fontainebleau, école où il se montrait, comme toujours, paresseux et indiscipliné, et d'où il fut renvoyé dès que les parents ne purent plus payer sa pension.

Alors, il gagna misérablement sa vie, garçon de courses, commis pharmacien, aide-manœuvre, garçon de bureau, renvoyé de partout au bout de quelques semaines, faisant des séjours dans les hôpitaux, dont un de plusieurs mois, en 1925, pour pleurésie.

L'arrivée de sa mère et de sa sœur, avec quelques menues épaves de leur fortune, lui procura pour quelques mois une agréable existence. Tous trois s'installèrent à Antibes. Puis ils allèrent à Grenoble où ils tinrent une pension de famille jusqu'en 1931. Il collaborait au ménage, suivait des cours à l'Institut commercial, faisait le courtier en parfumerie, mais tout cela avec irrégularité, car il ne fréquentait ni sa mère, ni sa sœur, ni les pensionnaires, ni les étudiants. Il était cependant beau parleur avec tout le monde, mais spontanément il ne fréquentait personne et buvait dans les bouges sans s'enivrer, et souvent s'alitait parce qu'asthmatique.

A la faillite de la pension de famille, le trio regagna Paris, où la fille devint dactylo et la mère garde-malades ou dame de compagnie, grâce à ses relations de jadis. Lui essaya vainement divers emplois et se fit inscrire chômeur.

Sa mère lui payait sa chambre et venait le voir souvent. Elle le trouvait toujours au logis et seul, lisant surtout des livres d'occultisme, fumant, ne fréquentant personne, déclarant attendre du travail. Elle faisait le nettoyage et le raccommodage, et tâchait d'apaiser la colère des voisins qui se plaignaient parfois de ses extravagances, notamment de ses passages sur le toit pour rentrer chez lui par la fenêtre quand il avait oublié la clef. Il eut plusieurs rixes sans gravité.

C'est dans ces conditions qu'il fut interné le 5 février 1933 avec le certificat : « Accès d'excitation à l'occasion d'ivresse délirante. Gifle sans incident préalable un agent. Élément éthylique d'exacerbation sur un fonds démentiel fruste. » (D^r Michaux).

La mère protesta avec véhémence contre cet internement et 15 jours après obtenait sa sortie avec le certificat : « Ivresse délirante, ne présente plus de troubles mentaux, peut être rendu à sa mère qui demande sa sortie. » (D^r Marchand).

Il reprit la même vie. En 1934, sa mère ayant accompagné une malade sur la Côte-d'Azur, il alla vivre auprès d'elle dans les mêmes conditions qu'à Paris. Mais le chômage fut supprimé. Par protections on lui obtint de menus emplois : scribe pour adresses sur les enve-

loppes, commissionnaire dans les magasins, manœuvre agricole et surtout secours charitables de l'Hôtel-de-Ville. Le plus souvent, il se promenait sur la plage, conversant avec les promeneurs éventuellement rencontrés, mais ne se liant jamais avec personne, ne mangeant pas à sa faim.

En novembre 1936, la mère revint avec sa malade à Paris où son fils la suivit encore de la même façon. En février 1937, il fut arrêté par des agents à cause de son allure de mendiant équivoque dans les rues et interné le 11 février : « Déséquilibre mental. Gesticulation, aisance, expansion, loquacité, accusations contre les agents qui l'arrêtaient, provocations. Ton menaçant. Arrestation à la suite de plaintes de commerçants à qui il demandait de l'argent et du tabac. Alcoolisme chronique. Inactivité depuis quatre ans. Méconnaissance de l'état morbide de la part de sa mère. » (D^r Heuyer).

Depuis son arrivée, un traitement au nucléinate de soude l'a amélioré. Il est moins irritable et a engraisé. Il mène une vie oisive et végétative, entrecoupée de lectures de journaux, ou de livres quelconques, de jeux de cartes avec n'importe qui, de conversations avec n'importe quel interlocuteur. On peut lui enlever ses livres, le changer de quartier, lui enlever ses compagnons apparemment les plus chers sans qu'il soit incommodé. Doué de mémoire et de raisonnement, il donne l'illusion d'une validité suffisante, car il explique, par son déclassement social, par la crise économique et par sa mauvaise santé physique, la paresse et la misère qu'on lui reproche, et sa chasteté.

Physiquement, il a eu plusieurs accès d'asthme et rien autre n'est à signaler.

Il s'agit donc d'un état de démence affective avec paresse pathologique et à évolution torpide.

Tel n'est pas l'avis de sa mère qui trouve parfaitement explicable, comme nous l'avons dit plus haut, la conduite de son fils, conduite qui, dit-elle, ne retiendrait pas l'attention d'un psychiatre russe. Cette affirmation, elle l'a soutenue longtemps avec vigueur. Mais, depuis peu, elle l'a reniée, son fils lui ayant fait remarquer qu'elle risquait ainsi de prolonger son internement, car les médecins français jugeraient son cas héréditaire et incurable. Elle dit, depuis, que les Caucasiens ne sont pas des Moscovites, et elle atténue leurs excès de boissons. Néanmoins, elle tombe d'accord sur le caractère vraiment pathologique de la frigidité du jeune homme qu'elle avait toujours constatée avec inquiétude.

L'existence d'une mentalité ethniquement russe a été encore affirmée en 1925 par Brian-Chaninow, qui prétend même que le milieu physique de cet immense empire modèle rapidement tout nouvel arrivant, quelle que soit son origine : européenne, asiatique, turque, etc. En puisant dans les auteurs autochtones

et étrangers qui l'observèrent on peut reconnaître à cette mentalité ethnique les traits primordiaux et secondaires suivants :

Les traits primordiaux sont : l'insouciance, la nonchalance, le fatalisme, la résignation, l'aboulie et l'ennui. Ils portent donc sur le caractère et non sur l'intelligence. Ils constituent une particularité de l'affectivo-activité, diraient certains psychologues comme Delmas et Boll.

C'est ainsi que les romanciers russes décrivent leurs compatriotes. La peinture la plus poussée de ce type est celle que fit Gontcharow, en 1858, d'un paresseux, aboulique et impuissant auquel il donna le nom d'Oblomow, non qui servit à créer un néologisme : l'oblomowisme par lequel on désigna la manière d'être authentiquement russe. « Les Oblomows sont légion en Russie, écrivait, en 1859, le journaliste Dobrolioubof. Et aujourd'hui les aristocrates de la diaspora, c'est-à-dire qui ont été dispersés hors de la patrie, attribuent à leur oblomowisme national, le triomphe du bolchevisme. Et ils le prouvent d'ailleurs par la passivité souriante avec laquelle ces ex-princes devenus chauffeurs, et ces ex-princesses devenues serveuses, acceptent la vie de privations qui a succédé à leur vie luxueuse d'antan.

Les historiens français Anatole Leroy-Beaulieu et Melchior de Vogué, qui vécurent longtemps dans l'empire des tzars, et publièrent trente ans plus tard leurs réflexions, portent le même jugement. Et récemment Pierre Mille, dans ses nouvelles de « L'Homme qui ne sait pas dire non », parues en 1936, formule la même opinion.

L'exclamation « nitchewo », ça n'a pas d'importance, par laquelle le Russe salue cent fois par jour tous les événements, aussi bien les plus tragiques que les plus anodins, est bien révélatrice de l'émoussement de son affectivité. Et la doctrine tolstoïenne de la non résistance à la violence est bien la manifestation la plus éloquente de la passivité foncière des Russes.

L'ennui est une disposition d'humeur tellement commune en Russie, que le mot Khandra, par lequel on la désigne, est considéré comme l'équivalent du spleen anglais. Pouschkin la chante comme un attribut national dans son *Onéguine*.

Les traits secondaires de la mentalité russe, simples conséquences de l'aboulie et de l'ennui sont le goût de la société et de la conversation, celui du changement, celui de l'alcool, et d'après Gogol la vénalité.

Le goût de la société et de la conversation a son expression

ethnique dans les organisations du mir, communauté paysanne et de l'artel, communauté coopérative. Il réalisait la vie en « communes » de certains bourgeois qui occupaient à 5 ou à 6 le même appartement et faisaient ménage ensemble, comme vivait le musicien Moussorgsky. Il assurait la splendeur des salons dans les classes aisées, comme l'un de nous a pu s'en rendre compte il y a 30 ans. Et il transformait en salons pour les basses classes, les lieux de rencontre les plus vils, telles les latrines de l'usine Zündel à Moscou où ouvriers et ouvrières, pêle-mêle installés sur des dizaines de sièges côte-à-côte, se livraient à des « razgonors », c'est-à-dire devisaient en se soulageant (Schulze-Gœvernitz, *Le Musée Social*, circul. 12, série A, avril 1897).

Le goût du changement se manifestait par les contradictions capricieuses de l'existence quotidienne, il avait fait des Russes riches les plus infatigables voyageurs du monde.

Le goût des Russes pour l'alcool et la fête est noté dans tous les romans, et la locution « tournée des Grands-Ducs », lui a donné une célébrité parisienne. La tournée des moujiks avait lieu à l'auberge du village, et les romanciers russes lui ont donné une célébrité aussi mondiale.

Dans quelle mesure retrouve-t-on, chez notre sujet, ces divers traits de la mentalité collective ? Il vit dans la paresse et l'incurie, il est beau parleur, il s'enivre quand il le peut ; ancien noble précipité dans la misère il accepte sa déchéance sans protester. Cela est bien conforme au type du Russe de jadis.

Mais voici des différences capitales.

L'insouciance et l'aboulie des Russes d'autrefois étaient limitées au domaine de l'économie domestique. Ils ne se souciaient pas d'améliorer ni même de consolider leur situation matérielle. Ils étaient paresseux pour le travail, et négligents pour la vie sérieuse. Mais ils s'intéressaient et se démenaient pour maints autres buts plus ou moins futiles vers lesquels les poussaient leurs instincts. Plaisirs intellectuels, artistiques ou mondains, passions du jeu ou des chevaux, voluptés de la table ou du lit, leur faisaient dépenser une activité prodigieuse. Avant tout ils étaient éminemment sociables.

De plus cette insouciance et cette aboulie ethnique avaient pour conditions un facteur social important qui atténuait ses conséquences néfastes. Les ancêtres de notre sujet étaient des harines presque des Krespotniks à qui leur énorme fortune permettait de vivre dans la paresse sans se ruiner. Un appel au starosta, leur intendant, mettait un terme à leur détresse. Quant

aux moujiks, leur insouciance et leur aboulie avaient pour antidote le régime du servage et de la contrainte qui, bien qu'aboli, survivait grâce à leur ignorance et leur superstition et les forçait au travail.

Rien de tel chez notre malade dont l'insouciance et l'aboulie sont absolues, dont la solitude est constante, dont la frigidité est complète, dont l'indifférence à tout et à tous est totale et qui cependant ne s'ennuie jamais. Il est mutilé dans ses instincts et sa pensée.

CONCLUSION. — S'il est vrai que l'aboulie, l'insouciance, la résignation, l'inconstance, la tendance à s'ennuyer et à boire furent les caractères principaux de la mentalité ethnique russe d'avant-guerre, il semble que le régime social en ait été une des conditions principales (1).

Le régime ayant changé, l'avenir dira dans quelle mesure conditions sociales et conditions biologiques peuvent déterminer une mentalité ethnique. On verra la part réciproque de ce que Ch. Blondel (2) appelle le facteur psycho-physiologique et le facteur psycho-sociologique dans l'édification du psychisme.

Quant à notre jeune homme, ce sont des conditions exclusivement biologiques, ce sont des perturbations physiques de son organisme qui déterminent sa conduite. Il ne serait pas plus adaptable à la société oisive et fêtarde de jadis, qu'il ne l'est à la société laborieuse d'aujourd'hui, qu'il ne le serait à aucune collectivité présente, passée ou future, d'ici ou d'ailleurs.

Ce n'est pas un anatopisme mental, c'est un malade mental.

Le malade est introduit et, avec une grande habileté, conteste la réalité des actes d'agression et de mendicité pour lesquels on l'arrêta. Il se promenait, innocemment, mais était mal habillé et avait l'air minable parce qu'il n'a plus la belle fortune d'antan. Le zèle professionnel des agents leur a fait exagérer les gestes d'impatience dont il

(1) COURBON : Les mentalités paradoxales. *Journ. de Psychologie*, 1925. — COURBON et PLOUFFE : Délires par inadaptabilité au milieu social. *Ann. Méd.-psychol.*, 1927, tome II, p. 438. — COURBON et VIÉ : *Bullet. de la Société clinique de Médecine mentale*, 1928, janvier. — COURBON : Milieu social et internement prophylactique. *Ann. Médico-psycholog.*, 1930, t. I, p. 59. — COURBON et TUSQUES : Bouffées délirantes par transplantation sociale. *Ann. Médico-psychol.*, 1931, t. II, p. 36. — COURBON et TUSQUES : Anatopisme mental et délinquance. Le vol des étrangers aux étalages parisiens. *Ann. Médico-psychol.*, 1932, t. I, p. 241.

(2) Ch. BLONDEL. — *Introduction à la psychologie collective*. 1 vol., Colin, Paris, 1928.

accueillit leur demande d'exhiber ses pièces d'identité. La colère et l'émotion lui ont peut-être donné une apparence d'ivresse. Il n'est pas fou, la preuve, c'est qu'il a bonne mémoire, et ne dit rien de délirant. Il faut le rendre à sa mère.

M. TUSQUES. — Il me paraît difficile d'admettre la notion de mentalité ethnique, surtout dans le cas présent. En effet, MM. Courbon et Delmond nous parlent de mentalité spécifiquement russe, de caractère ethnologique. Cette notion ne peut pas être une notion ethnologique, puisque la Russie est peuplée d'hommes d'origines ethniques diverses (Slaves, Mongols, Juifs). Si c'est une mentalité spécifiquement russe, il faut en faire une mentalité sociale et non ethnique, et distinguer, par conséquent, d'après les conditions sociales. En l'occurrence, ce que les auteurs décrivent sous ce nom, c'est la mentalité d'une certaine classe de l'ancienne société russe, classe qui était la plus connue en France et qui fut seule à l'origine de l'expression tournée des grands ducs, à laquelle, font allusion les auteurs.

M. H. BARUK. — Il n'est nullement prouvé que les caractères psychologiques de ce malade soient liés au fait qu'il est russe. Il semble bien plus probable qu'aient joué des conditions sociales, et une série de circonstances. Il est d'ailleurs bien téméraire de dégager et de schématiser ainsi des mentalités ethniques. Lorsqu'on commence de s'engager sur cette pente, on risque de généraliser trop vite les particularités de tel ou tel individu suivant l'adage « ab uno disce omnes ».

Sans doute, il peut exister des nuances un peu différentes du tableau mental suivant les pays, mais les mécanismes généraux de la pensée normale ou pathologique sont les mêmes chez tous les hommes. Dans mon service de Charenton, où s'observent des malades appartenant, non seulement aux provinces françaises les plus variées, mais encore à d'autres pays très différents, je suis en général frappé de retrouver chez tous des symptômes fondamentaux de même ordre, tels que onirisme, troubles psychomoteurs, troubles cénesthésiques, états maniaques, etc... Il existe donc, sous une diversité apparente, des manifestations psychologiques communes à tous les malades, quelle que soit leur race ou leur nationalité. C'est ce qu'exprime si bien la devise de la Société d'Ethnographie de Paris : « Corpore diversi, sed mente fratres. »

M. HAMEL. — Ce malade semble avoir présenté à plusieurs re-

prises des troubles mentaux à caractère transitoire. Il est sans doute atteint de déséquilibre constitutionnel. Les particularités caractérielles signalées par les auteurs et étudiées par eux avec beaucoup de finesse sont des plus intéressantes. On doit admettre que les divers groupements ethniques offrent des caractéristiques psychologiques capables de modifier l'aspect des psychoses. C'est un fait d'observation.

Dans la région où j'ai fait toute ma carrière, et notamment dans le département de Meurthe-et-Moselle, zone d'immigration importante, j'ai pu me rendre compte que certains peuples colorent leurs psychoses de façon fréquemment identique : les Italiens (il y en a 100.000 en Meurthe-et-Moselle) sont fréquemment atteints d'états dépressifs où domine une énorme anxiété. Les Polonais extériorisent leurs dispositions mystiques. C'est le cas de se souvenir de la distinction fondamentale établie par Bleuler entre les symptômes primaires, conséquences directes du « processus », et les manifestations psychotiques secondaires, édifiées sur les complexes.

Naturellement les conditions de la vie nationale, éducation, habitudes communes, jouent un rôle important, plus important peut-être que ne l'est l'influence raciale.

Mais celle-ci ne peut être niée. Elle est capable en effet de modifier non seulement l'aspect mais la nature même de la psychose. Les maladies mentales des israélites (très nombreux dans l'Est de la France) et celles des sujets Nord-Africains, s'éloignent des formes morbides communes, soit par leur évolution, soit par les réactions dont elles s'accompagnent. C'est ainsi que la démence précoce est relativement rare chez les israélites, où dominent les psychoses polymorphes. Le pronostic des états discordants est bien moins sévère chez les israélites.

Quant aux Arabes, peu sujets eux aussi à la démence précoce, ils présentent couramment des réactions d'une extrême impulsivité, comme l'ont toujours signalé les psychiatres d'Algérie et du Maroc.

Je pense que nous devons être reconnaissant à MM. Courbon et Delmont d'avoir saisi cette occasion de nous faire connaître mieux la mentalité russe dans ses rapports avec les états psychopathologiques.

M. MINKOWSKI. — L'intéressante communication de MM. Courbon et Delmont touche à plusieurs problèmes d'ordre général. Tout d'abord, elle a trait aux réactions plus ou moins compréh-

sives des familles ; la mère du malade veut le faire sortir de l'asile, elle se sert de la mentalité russe comme argument valable, comme, le cas échéant, elle se serait servi d'un autre argument ; peut-être n'y a-t-il pas lieu d'attribuer trop d'importance à cet argument. Vient ensuite la question de la psychologie ou plus exactement de la psychopathologie des individus qui vivent en désœuvrés et en parasites en marge de la société, ainsi que des mesures d'assistance qu'ils exigent ; ici, se place aussi le groupe décrit sous le nom de « héboïdes », criminels ou non.

Enfin, a été soulevé le problème relatif à l'influence que peut exercer la mentalité de certaines collectivités sur la forme des psychoses. Sans doute, nous pouvons admettre avec M. Baruk que les grands processus mentaux sont partout les mêmes. Mais je m'associe à ce que vient de dire M. Hamel, à savoir que les particularités, tant d'ordre biologique que psychologique, propres à certaines collectivités, peuvent avoir un retentissement sur la forme et la fréquence de certaines psychoses. Je me souviens à ce propos de l'effort d'adaptation que j'ai dû faire lorsque, de Suisse, je vins en France, effort rendu nécessaire non pas tant par les différences de classification que par les faits cliniques en présence desquels je me trouvais. Ces faits m'obligèrent du reste à réviser en partie mes conceptions. Il me semble ainsi que les psychoses hallucinatoires chroniques sont réellement plus fréquentes dans les services en France qu'à l'asile de Zurich où prédominent les formes franchement dissociatives. Je me souviens aussi que mon maître Bleuler éprouvait parfois des difficultés lorsqu'il se trouvait en présence de malades étrangers, plus particulièrement de Juifs venus de Pologne ou de Russie, et nous demandait alors volontiers notre avis. Chez les Juifs, je crois que l'on peut parler d'une prédominance de psychoses polymorphes et, comme l'a dit M. Hamel, parfois d'un pronostic relativement plus favorable. Sans doute, ces influences devraient encore être étayées d'une façon plus scientifique ; d'autre part, elles se réduisent parfois à des nuances qui échappent à notre vocabulaire psychiatrique et psychologique.

Pour ce qui est de la question de savoir si le malade présenté par MM. Courbon et Delmond aurait été interné en Russie — et je parle uniquement, comme le font les auteurs eux-mêmes, de la Russie d'avant-guerre — je crois qu'il y a lieu de tenir compte dans la même mesure que de la mentalité et même peut-être, en premier lieu, d'un facteur d'ordre spatial, à savoir de l'étendue de la Russie et de la faible densité de sa population, circonstance

qui permet de vivre plus facilement en marge de la société et passer inaperçu, la tolérance sociale est, à ce point de vue, plus grande. Vient ensuite, en partie comme conséquence du facteur dont il vient d'être question, le faible développement de l'assistance psychiatrique et sociale en général, l'insuffisance de places dans les asiles. Il se pourrait donc que ce malade ne fût point interné.

Pour ce qui est du malade lui-même, MM. Courbon et Delmond nous ont rapporté des faits graves plaidant en faveur d'une démence affective. A la présentation, sa mimique paraît assez vive et ses propos cohérents. Enfin, en ce qui concerne le côté pratique du problème, je crois que nous pouvons faire abstraction de la mentalité russe et poser à MM. Courbon et Delmond la question : que feraient-ils de ce malade s'il était français, le garderaient-ils à l'asile ou le feraient-ils sortir ? Ils suivront pour lui probablement une ligne de conduite identique.

M. TUSQUES. — Il peut y avoir des caractères communs à beaucoup de psychoses des étrangers vivant en France, à cause de leurs conditions spéciales. En tout cas, s'il y a des différences, elles sont nationales et non pas ethniques. Il est impossible notamment de parler de race russe.

M. Henri BARUK. — Je n'ai jamais voulu dire que les troubles mentaux ne présentaient pas de variantes suivant les pays ; ils varient même dans l'intérieur d'un même pays, et j'ai été frappé de certaines différences entre les réactions psychologiques de malades observés en Anjou, et de ceux observés dans la région parisienne, ou dans le Midi. Mais ce sont là des différences très superficielles. Le fond, le mécanisme général des psychoses reste commun chez tous ; seule la couleur du délire ou des troubles mentaux peut varier suivant l'éducation, les coutumes locales, etc. M. Minkowski a cru voir certaines particularités (à mon sens très discutables) de psychoses chez les Juifs. Si ces particularités existaient (ce qui reste à démontrer), il n'est pas dit du tout qu'elles relèveraient d'un facteur biologique. Il y a un élément capital et beaucoup trop négligé en psychologie, c'est la religion. Le Christianisme a bien montré que la religion peut donner à des hommes de race très différente une âme commune. Il ne faut pas oublier notamment la formation d'esprit et les habitudes mentales qui résultent de la pratique approfondie de la Bible, et de l'étude constante de cette loi

morale, commune d'ailleurs au Judaïsme et au Christianisme, et dont la portée psychologique est si grande.

M. RAVIART. — Je crois tout à fait à la réalité des caractères ethniques que les psychoses prennent chez certains peuples. Pour ce qui est des Juifs, je cite cette référence, qui est la réflexion d'une de mes élèves, elle-même Sibérienne Juive, au cours de l'examen d'un paranoïaque inquiet. J'insistais sur certaines particularités de son inquiétude. Elle m'interrompt en disant : Ce n'est pas de la maladie, cela. Nous autres, Juifs, nous sommes tous comme cela.

M. Henri BARUK. — La réflexion que vient de rapporter M. Raviart ne fait qu'illustrer la tendance à se déprécier si fréquente chez les éléments les moins courageux des minorités.

M. René CHARPENTIER. — J'estime, pour ma part, que s'il n'y a pas lieu d'exagérer le facteur ethnique dans la symptomatologie psychiatrique, il serait imprudent de le nier complètement. Est-ce bien d'ailleurs le facteur ethnique dont ont voulu parler les auteurs de cette communication ? Ils auraient peut-être, alors, parlé plutôt de mentalité slave, par exemple, que de mentalité russe.

Pour nier ce facteur, M. H. Baruk invoquait l'exemple des différences de réactions qu'il a trouvées chez les habitants des différentes provinces françaises. Cet argument est loin de défendre sa thèse, car la Nation française est précisément composée originellement de races différentes dont les caractéristiques peuvent prédominer et prédominent effectivement dans certaines provinces.

D'autre part, en ce qui concerne les troubles mentaux observés chez les israélites, il faut tenir compte de plusieurs conditions particulières, parmi lesquelles ce fait que les mariages consanguins sont la règle chez eux et s'expliquent d'ailleurs par leur petit nombre relatif en France comme dans beaucoup d'autres pays. Il est en tous cas deux faits incontestables. Tous ceux qui ont une longue pratique psychiatrique savent que les israélites font une partie importante de cette clientèle, une partie plus importante que ne le justifierait leur nombre. Ils présentent de plus une caractéristique certaine qui est l'intensité de l'extériorisation des symptômes, intensité qui ferait souvent porter un pronostic plus sévère que ne le comporte l'évolution, si l'on ne savait la réserve qu'il faut avoir en pareil cas.

Il n'y a donc pas lieu de nier totalement le facteur ethnique, mais il y a lieu de ne pas en exagérer l'importance. Il est, à mon avis, en général et dans le cas particulier présenté par MM. Courbon et Delmond, un facteur beaucoup plus important. C'est celui du milieu et des réactions du malade à ce milieu (social, familial, local, etc.). Aux Etats-Unis, en particulier, les psychiatres attachent une importance particulière aux conditions de vie du malade. Ces conditions commandent souvent l'éclosion et la persistance des troubles mentaux, de même que leur prophylaxie et leur thérapeutique. On ne saurait, à mon avis, en exagérer l'importance.

M. G. DUMAS. — Sans prendre personnellement part au débat, je rappelle que Manouvrier expliquait la persistance des mêmes caractères psychologiques dans toute la descendance juive par deux facteurs : le mariage consanguin que vient de signaler M. René Charpentier et la citadinité, c'est-à-dire le fait de n'habiter que dans des villes.

M. DELMOND. — Notre malade est un arriéré affectif, chaste à 30 ans, qui est resté au stade de développement où, enfant et maladif par son asthme, il était fixé à sa mère, lui abandonnant toutes ses personnelles responsabilités.

C'est un malade, lui. Mais par ailleurs, de telles dispositions névrosiques, facteurs d'oisiveté et d'inaction quasi-schizophréniques, se rencontrent fréquemment chez les Slaves où ils ont été bien décrits dans le personnage d'Oblomoff. M. Tusques n'a rien appris à personne en disant que la Russie est habitée par plusieurs races. Ce sont les communautés qui les unissaient que les auteurs ont appelées mentalité russe. Et il n'est pas sûr que le changement de régime social ait modifié la formule de celle-ci.

Ce n'est pas blesser l'épiderme de certains peuples et de certaines minorités que de dire qu'ils ont des tableaux psychopathiques particuliers, surtout lorsqu'on parle de syndromes polymorphes et bénins.

M. COURBON. — L'hypothèse absurde de l'existence d'une race russe dont M. Tusques n'hésite pas à nous attribuer la paternité n'a été exprimée ou suggérée ni dans l'observation du malade, ni dans les commentaires que nous en donnons. Ethnique signifie étymologiquement peuple, c'est-à-dire ensemble d'individus vivant sous les mêmes lois, dans un même pays, et non race ensemble d'individus appartenant à la même famille. L'emploi amphibolo-

gique de l'adjectif ethnique n'est plus excusable depuis que l'adjectif racial a été créé, précisément pour supprimer la confusion.

Dans l'immense pays de la Russie d'avant-guerre, les races étaient nombreuses, mais le régime social était unique, faisant de leur réunion le peuple russe. Ce régime, avec ses institutions, imposait à tous les individus, quelle que fût leur race, certaines communautés de représentations, de croyances et de mœurs.

La mentalité ethnique résulte des interférences exercées par les deux facteurs raciaux et sociaux. Je crois que, quand elle est assez accusée, elle influe sur la résistance aux agressions pathogènes et sur la forme des troubles mentaux que celles-ci déterminent. Je crois aussi, et c'est là l'anatopisme, que le comportement ethnique d'un individu observé dans un autre milieu social que celui où ce comportement est général, peut paraître de nature pathologique aux observateurs non avertis.

Dans le cas particulier, je répète que nous considérons le sujet, non comme un anatopique, mais comme un malade inoffensif. Quoique Russe et devant vivre à Paris, nous allons le rendre à sa mère qui, actuellement, a les moyens de l'assister et de le surveiller.

Sur 32 psychoses traitées par l'huile soufrée. Résultats, par M. J. RONDEPIERRE.

Nous avons traité trente-deux malades (femmes) par l'huile soufrée. Sur ces 32 malades, 26 présentaient des symptômes plus ou moins nets de démence précoce. Les six autres paraissaient répondre au diagnostic de :

psychose maniaco-dépressive : 1 cas ;
bouffée délirante polymorphe : 5 cas.

Sur ces 5 bouffées délirantes polymorphes des dégénérés, 3 ont paru avoir bénéficié du traitement. Sur ces 3 cas, deux sont sorties en rémission complète, la 3^e âgée de 15 ans, très débile et ayant présenté de la catatonie a été assez améliorée pour pouvoir vivre à nouveau auprès de ses parents.

Le seul cas de psychose maniaque dépressive traité (état mixte) n'a pas été influencé. La malade continue à présenter périodiquement des intervalles parfaitement lucides.

26 cas pour lesquels le diagnostic de démence précoce (1) paraissait très vraisemblable ont été traités ; sept ont présenté des rémissions complètes après le traitement.

En dehors de ces sept cas favorables dont nous donnerons, ci-après, un résumé de l'observation, 2 malades ont paru à leur famille suffisamment améliorées pour qu'on puisse tenter une sortie d'essai que j'ai accordée à contre-cœur ; dans ces 2 cas, l'amélioration a été suffisante pour que l'internement ne soit pas redevenu nécessaire (sorties depuis neuf et dix mois).

Seules, trois pensionnaires (payant leurs médicaments) ont pu être traitées conjointement par les sels d'or. Dans deux de ces cas, l'étiologie bacillaire était défendable ; ce sont ces deux malades qui ont présenté, l'une une rémission extraordinaire de trois mois, retour chez sa mère après dix ans de maladie (2), l'autre une guérison se maintenant depuis exactement un an à ce jour (institutrice qui refait sa classe depuis octobre) (observation 1).

Une de nos démentes précoces a présenté en 1933 une tumeur blanche du genou ; durant l'évolution de celle-ci, la malade (catatonique, indifférente, gâteuse) a été en rémission complète, parlant aimablement à la grande stupéfaction du personnel. Dès la disparition du foyer purulent (amputation de la jambe), la démence précoce reprit son cours avec les mêmes symptômes qu'antérieurement.

Nous avons dans notre service de tuberculeuses pulmonaires, six malades (sur un effectif de 370), *toutes les six sont des démentes précoces* ; ce sont des formes fibreuses, fixées, apyrétiques actuellement. Nous avons perdu deux malades (depuis 1934) de tuberculose évolutive, elles aussi étaient des démentes précoces.

Toutes nos malades ont été radioscopées avant le traitement ; aucune ne présentait de symptômes de tuberculose pulmonaire ; l'existence de tels symptômes est, à notre avis, une contre-indication formelle au traitement par huile soufrée ; plusieurs auteurs, notamment récemment encore Donnadiou (Congrès A. et N. en Suisse) y ont insisté. Nous connaissons des cas où l'huile soufrée a déclenché une granulie à évolution foudroyante.

(1) Nous voulons parler de cas offrant un ensemble de symptômes rappelant la démence précoce. La démence précoce est pour nous un syndrome non une maladie, et nous nous refusons à admettre ce raisonnement : « Le malade a guéri, donc il n'était pas dément précoce. »

(2) Un deuxième traitement par l'huile soufrée n'a donné aucun résultat, malgré une suppuration intense de la fesse qui dura des mois ! Cet abcès de fixation involontaire n'était pas dû à une faute d'aseptie, il n'y eut d'ailleurs que deux abcès importants sur 32 cas traités.

Aucune de nos démentes précoces n'avait une réaction de Vernes (à la résorcine) normale (de 0 à 10) ; toutes avaient un chiffre situé dans la « zone d'alarme » 10 à 30 (voir tableau ci-après).

Deux d'entre elles à hérédité bacillaire avaient l'une 91 et l'autre 50 avant le traitement.

Les résultats favorables surviennent plus ou moins tardivement : un à deux mois après le traitement dans cinq cas, après le 4^e et après le 6^e accès fébrile dans deux cas.

L'apparition d'herpès, pendant ou après le traitement, nous a paru susceptible de constituer un élément de pronostic favorable, de même au cours de la malariathérapie chez les paralytiques généraux. Si cette impression se confirmait, elle permettrait de soulever d'intéressantes hypothèses.

Les sept malades dont nous publions ci-après l'observation résumée ont guéri. Chez deux d'entre elles (observ. 4 et 5) on pouvait discuter la manie, chez trois autres : la mélancolie. L'une d'elles (observ. 3) avait présenté antérieurement un accès mélancolique, une autre (observ. 2) un accès maniaque.

CONCLUSION. — Ces malades ne présentaient aucune tendance à l'amélioration spontanée : elles ont guéri après le traitement, on ne saurait voir systématiquement dans ces cas une pure coïncidence.

En résumé, le résultat du traitement par l'huile soufrée a été très favorable dans plus d'un quart des cas (26,9 0/0). C'est une proportion très supérieure à celle des rémissions spontanées ; il n'y a donc pas lieu d'abandonner complètement cette thérapeutique. Peu m'importe si mes malades n'étaient pas des démentes précoces ; l'essentiel est qu'elles aient guéri beaucoup plus rapidement qu'elles n'auraient guéri en l'absence de tout traitement.

Il est certain qu'il n'y a aucune amélioration durable à espérer par la pyrêthérapie dans les psychoses évoluant depuis plus de deux ans. Il semble bien d'ailleurs qu'il en soit de même avec l'insulinothérapie. Les résultats que nous avons obtenus par cette nouvelle thérapeutique et que nous pensons publier prochainement confirment tout à fait l'opinion de nos collègues suisses à ce sujet.

*19 syndromes du type démence précoce traités sans succès
par l'huile soufrée*

NOMS	DURÉE DE LA MALADIE AU DÉBUT DU TRAITEMENT	OBSERVATIONS	VERNES-RÉSORSINE	
			Avant la	Après sulfo-sine
BAG.....	12 ans		14	
HAN.....	11 »	Hérédité φ chryso- thérapie asso- ciée.	91	21
COL.	9 »	F. paranoïde.	8	
NOE.	8 »	φ (tumeur blanche du genou).		
BLO.	8 »		55	63 puis 18 (1)
ALE.....	8 »	Hérédo-syph. Anti- Σ , stovarsol, im- paludation et in- suline sans suc- cès.	25	
PHI.....	4 »	F. paranoïde.		
GEN.....	4 »	Chrysothérapie associée.	55	14
SCH.....	3 »		20	
MAT. J. ...	2 »			
THA.	18 mois		14	10
ABE.....	1 an		35	17
GAS.....	1 »		21	
GIL.....	1 »	F. paranoïde.		
JAN.....	1 »		16	
PAT.....	1 »	F. paranoïde chry- sothérapie asso- ciée.	20	
MAT. G....	6 mois		23	
THE.	2 »	Guérie depuis par l'insuline.	31	
CEL.....	1 »	Colibacillaire.		

A noter l'abaissement du chiffre de la réaction de Vernes après le traitement par l'huile soufrée.

(1) Ce chiffre de 63 s'expliquait par une suppuration (volumineux abcès de la fesse). 18 après guérison de l'abcès.

7 syndromes du type démence précoce ayant guéri

OBSERVATION N° 1. — Mlle Rec... Renée-Louise, institutrice, 23 ans. Antécédents personnels : néant.

Antécédents collatéraux : 2 sœurs et 1 frère normaux. 1 sœur décédée à 12 ans de paralysie infantile.

Hérédité bacillaire : deux sœurs de sa mère décédées de tuberculose pulmonaire (« phtisie galopante » à 27 et 23 ans).

A l'entrée, 26 novembre 1935, présentation mélancolique avec excitation psychique. Idées délirantes d'indignité. Auto-accusation. « Elle fait de la peine à tout le monde. » Logorrhée. Pleurs. Supplications. Attitude de prière avec *léger maniérisme*. Refus d'aliments « parce qu'elle a quelque chose sur la conscience ». Hallucinations auditives : elle a entendu mourir sa mère cette nuit ; violences contre les infirmières qui cherchaient à la calmer. Vociférations. Apyrexie. Pas de signes neurologiques. Au dire de son père, début brusque et récent des troubles mentaux (1^{er} novembre 1935) ; depuis peu, anorexie, céphalée et insomnie ; modifications de l'humeur et du comportement. Parlait beaucoup de ses élèves. Surmenage.

A la quinzaine, les caractères atypiques de cette dépression se précisent : Discordance. Maniérisme. Grimaces. Négativisme. Incohérence complète du langage. Troubles de l'affectivité : a reçu sa mère avec indifférence. Extrêmement agitée pendant quelques jours. Dysménorrhée habituelle. Aménorrhée depuis 3 mois. Syndrome catatonique ; faciès indifférent. Stéréotypies. Passivité. Conservation des attitudes. Mutisme. Inactivité et incurie totales. Liquide céphalo-rachidien normal. Réaction de Vernes à la résorcine 10 décembre 1936 : 50.

Huile soufrée le 10 déc. : Poids 50 kg. 300. 1 piqûre tous les 2 jours.

Herpès labial le 3^e jour du traitement. Poids : 44 kg. après la 10^e piqûre.

Dernières piqûres d'huile soufrée le 28 décembre.

13 février : retour depuis quelques jours des sentiments affectifs. Mais rit encore sans motif et pleure aussitôt après.

Traitement par sels d'or (3 cm³) 20 piqûres, 1 tous les 2 jours du 17 février au 19 mars 1936. Toujours subfébrile le soir, 37°3 à 37°5.

4-1-36 : plus calme. Parle moins ; maniérisme ; insomnie.

8-2-36 : calme ; maniérisme. Inactivité. Gâtisme persistant, Mange et dort peu.

19-3-36 : amélioration, mais toujours inactivité ; ne fait pas sa toilette. Mange et dort bien.

7-3-36 : parle un peu. Cherche à s'occuper. Ecrit à sa famille demandant visite.

4-4-36 : moins triste ; activité spontanée. N'est plus gâteuse.

22-4-36 : encore incohérente et délirante par intervalles. Discordance, rires immotivés. Inaffectivité.

8-4-36 : réapparition des règles (Réaction de Vernes à la résorcine : 23) (le 15 janvier 1937, un mois plus tôt : 50).

Sortie le 19 mai 1936 après 6 mois et demi d'internement. J'ai revu 2 fois cette jeune fille depuis sa sortie : bon état physique et mental (a engraisé exagérément). A supporté normalement un grand choc émotif : intoxication mortelle de sa sœur dont le mari a été accusé d'empoisonnement.

Le 1^{er} octobre elle a repris sa classe (institutrice). Le médecin traitant, sur mon conseil, avait continué la chrysothérapie.

Seul fait à noter depuis : a été déplacée d'office sur plainte d'une collègue au mari de laquelle elle avait fait des avances érotiques.

OBSERVATION N° 2. — Mar..., 22 ans, internée une première fois à Fains, 4 mois (du 28 décembre 1933 au 28 avril 1934) pour un accès maniaque.

Certificat d'internement. — « Depuis son retour à Fains, en avril 1934, a présenté une sensible amélioration, mais son état commence à redevenir mauvais depuis 5 semaines (a eu à cette époque une perte sanguine assez importante) restant plusieurs jours sans s'alimenter, enfermant un de ses frères dans la cave.

« A l'examen direct, a refusé de me répondre, restant les yeux vagues ou souriant béatement. Je l'ai trouvée dans un état corporel laissant à désirer, pas lavée, non coiffée, en somme, elle se néglige. Le 22 avril 1935. » (Signé : D^r M...)

Certificat de 24 heures — 26 avril 1935 : présente un état de dépression psychique avec demi-mutisme et indifférence (pas d'insomnie). S'est attachée un scapulaire sur la poitrine en s'enfonçant, *sans douleur apparente*, une épingle sous la peau. Fausse-couche de quatre mois il y a cinq semaines. Possibilité d'hébéphrénie.

Certificat de quinzaine. — 10 mai 1935 : présente une psychose actuellement atypique. Indifférence ; désordre des actes ; discordance ; pleurs et sourires. Considérée comme maniaque lors d'un précédent internement ici. Paraît évoluer vers la démence précoce.

14 mai 1935 : Vernes, tuberculose : D.O. = 16. Liquide céphalo-rachidien normal.

24 mai 1935 : troubles vaso-moteurs (mains). Spasmes et tics de la face au niveau des muscles sourciliers notamment. Maniérisme. Sourires discordants. Négativisme. Refus de répondre. Ne parle presque jamais. S'occupe toutefois, aide à débarrasser (spontanément) au réfectoire.

Première piqûre d'huile soufrée le 2 octobre 1935, très améliorée dès la quatrième, répond aux questions de façon sensée. Parle spontanément pour demander ce dont elle a besoin. N'est plus indifférente. S'alimente seule alors qu'il fallait la faire manger.

Novembre 1935 : amélioration persistante après le traitement. Affectivité et activité reviennent normales. Propre, s'alimente bien ; bon état général.

Sortie guérie le 3 décembre 1935.

OBSERVATION N° 3. — Mlle Dur..., 31 ans.

Aucun antécédent vésanique personnel ou héréditaire. Angine diphthérique en 1917.

Premier internement : du 24 oct. 1927 au 31 janv. 1928.

Accès mélancolique ; idées de suicide. Bien au bout de six semaines, retour dans sa famille après 3 mois d'internement. Rémission complète pendant huit ans.

Deuxième internement. — Du 11 juin 1935 au 25 avril 1936.

Dépression psychique avec agitation, lamentations, stéréotypies, maniérisme, inactivité, inactivité, agitation violente par intervalles, frappant les infirmières. Idées d'humilité. Se mord, se pince ; tentative de suicide par strangulation. Aménorrhée. *Pas d'insomnie*. Vernes-résorcine = 24. Liquide céphalo-rachidien normal.

Huile soufrée du 4 octobre 1935 au 22 octobre.

25 novembre : angine herpétique.

Janvier 1936 : amélioration légère. Début mars : amélioration très importante.

30 mars : réapparition des règles.

Sortie guérie le 25 avril 1936.

OBSERVATION N° 4. — Bou... Irène, femme Fra..., 22 ans.

Certificat d'internement. — « En observation au cabanon de l'hospice pour troubles mentaux depuis le 11 janvier 1936, j'ai constaté de l'excitation psychique désordonnée qui durerait depuis quelques jours (une huitaine, suite d'un accouchement le 24 décembre 1935), avec défaut d'enchaînement des idées, illusions, incohérence de langage, propos obscènes, activité désordonnée, mimique mobile exprimant tantôt la joie, tantôt la tristesse, gestes brutaux et vifs, danse, chants, cris, attitudes bizarres et parfois impudiques. 13 janvier 1936. » (D^r G...).

Certificat de 24 heures. — Présente un état d'excitation psychique, logorrhée continue ; fuite des idées, fausses reconnaissances ; impudicité, érotisme ; propos grossiers, souvent incohérents. Pas de désorientation. Agitation motrice, frappe l'entourage. Insomnie complète. Langue saburrale. Fuliginosités des lèvres. Réflexes rotuliens vifs. Accouchée le 24 décembre 1935. Lait dans les seins. Psychose puerpérale à symptomatologie présentement maniaque. 14 janvier 1936.

Le 26 janvier : réaction de Vernes à la résorcine : D.O. = 24. Fausses reconnaissances. Marmottement inintelligible. Indifférence. Inactivité.

Traitement par la sulfosine commencé le 27 janvier ; interrompu à la quatrième piqûre en raison du mauvais état général. Langue rôtie ; refus d'aliments ; agitation ; gâtisme.

11 avril 1936 : plus calme, mais très délirante.

N'est plus gâteuse. Aproxexie. Mobilité de l'humeur. Propos sans suite. Soliloques incohérents. Crainte d'évolution dementielle.

18 avril : un peu plus calme. Inactivité. Très délirante et incohé-

rente. Dort seulement avec médicaments, prétend que ses enfants sont morts.

On recommence, le 20 avril, un traitement par l'huile soufrée. Traitement terminé le 13 mai.

30 avril : en cours de traitement. Etat mental sans changement. Délirante et incohérente. Dort seulement avec médication.

8 mai : plus calme.

18 mai : très légèrement améliorée. Commence à s'occuper, mais toujours volubile, tient des propos sans suite.

10 juin : mieux. Propre. Encore incohérente par intervalles. Dort bien.

24 juin : très grande amélioration.

Sort guérie le 1^{er} juillet 1936.

OBSERVATION N° 5. — Les..., femme Mau..., 25 ans ; accouchée le 12 avril 1935.

Certificat d'internement. — « Mme M..., née L..., âgée de 25 ans, accouchée le 12 avril 1935, est atteinte de manie aiguë avec agitation continue, incohérence du langage. 25 avril 1935. » (D^r V...).

Certificat de 24 heures. — Accès maniaque apparu (d'après renseignements fournis par le mari) dix jours après un premier accouchement (12 avril) ayant nécessité une application de forceps. A eu de la fièvre depuis le 24 avril (de 39° à 38°5) ; hier soir 38°, ce matin 37°4. Logorrhée, fuite des idées, associations par assonances, causticité, euphorie, idées de satisfaction. Gesticulation. Insomnie. 26 avril 1935.

Certificat de quinzaine. — Est atteinte de manie aiguë améliorée depuis l'entrée. Se lève depuis deux jours : commence à dormir sans médicaments. Beaucoup plus calme. Quelques idées confuses de persécution exprimées sans conviction : « On lui a travaillé la tête toute la nuit. » « On lui a ensorcelé sa petite-fille. » Fausses reconnaissances. Pas de troubles graves de l'affectivité : demande à voir son enfant. Liquide céphalo-rachidien normal. 10 mai 1935.

2 juin : elle a été très contente de voir son mari. Elle a pleuré, a demandé des nouvelles de son enfant et de son jardin, a réclamé sa sortie.

Retirée par son mari le 12 juin 1935 (placement volontaire).

Deuxième internement. Certificat d'internement. — « Mme M..., née L..., 26 ans, est atteinte de troubles psychiques (démence précoce). 11 juillet 1935. » (D^r V...).

Certificat de 24 heures. — Entrée pour la deuxième fois. Sortie le 12 juin 1935 contre avis médical (retour prochain à l'asile alors pronostiqué). Présente actuellement un état d'excitation intellectuelle avec sentiment d'étrangeté, interprétations morbides, idées délirantes de persécution mal systématisées : « Elle doit être victime de machinations de la part de ses voisins, elle ne sait dans quel but, ils prétendent qu'ils veulent lui faire du bien, en réalité, on agit sur elle

pour des raisons de religion ou de chirurgie. » (???). Incohérences partielles. A dormi. Psychose puerpérale semblant évoluer vers un état schizophrénique. 14 juillet 1935.

Certificat de quinzaine. — Est atteinte de psychose puerpérale ayant présenté au début une symptomatologie de manie et évoluant actuellement vers un état de dissociation des facultés mentales. Incohérence passagère ; propos décousus ; explications incompréhensibles fournies au sujet des propos sybillins précédemment tenus. Rires immotivés ou peu adaptés. Conservation d'une légère apparence maniaque.

Corrige en partie son délire de persécution.

Schizophrénie. 28 juillet 1935.

17 août 1935 : entend pleurer un enfant, dit que c'est sa fille qui pleure. S'inquiète beaucoup de son enfant. Triste, dit s'ennuyer. Hallucinations auditives : la nuit, des membres de sa famille lui parlent, elle ne saurait préciser ce qu'ils disent, c'était pourtant très distinct, c'étaient, en tous cas, des choses indifférentes...

Réponses à côté. D. : « Vous avez vraiment pensé à vous suicider ? »

R. : « Non, mais j'ai toujours porté des lunettes... C'est toujours du mal à la tête... »

Nous reproche de l'avoir fait photographier (ce qui est exact) « avec une robe de rien, de pensionnaire », se met à rire : « On m'a vendue au musée du Louvre..., comme une fille de rien ! »

Dernière piqûre d'huile soufrée le 19 août.

Amélioration considérable, apparue vers la 6^e piqûre. Calme, a fini par se rendre compte que les piqûres lui étaient utiles. Aucune incohérence. Réclame sans acrimonie sa sortie. S'inquiète des siens. Mange et dort bien.

Sort guérie le 31 octobre 1935.

OBSERVATION N° 6, — Ric... Lucie, femme Lar..., entrée le 25 octobre 1936. Pas d'antécédents morbides. 1 premier enfant mort à 13 mois en 24 heures de convulsions.

Apparition des troubles mentaux au moment du sevrage de son 3^e enfant, deux jours avant l'internement.

Pendant les dix premiers jours de l'observation présentation maniaque (rires, plaisanteries, logorrhée, insomnie) avec des caractères atypiques ; idées délirantes incohérentes, hallucinations visuelles et auditives, ensuite présentation mélancolique : idées d'indignité ; en outre, hallucinations cénesthésiques (on lui brûle les jambes), auditives et probablement gustatives ; idées délirantes de persécution (on veut l'empoisonner). Rires immotivés. Pas de confusion mentale. Pas d'insomnie. Gâtisme volontaire.

Urée sanguine normale. Réactions biologiques négatives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Vernes-résorcine : D.O. = 24.

Huile soufrée du 26 novembre au 14 décembre 1936.

Aussitôt après le traitement était encore très délirante, mangeait peu, croyant qu'on mettait du poison dans ses aliments. Était toutefois beaucoup plus calme.

Retirée par son mari contre avis médical le 21 décembre 1936, n'a cessé de s'améliorer, était complètement guérie trois semaines après sa sortie. (Renseignements confirmés tout récemment).

OBSERVATION N° 7, — Del... Charlotte, Vve D..., 30 ans, entrée le 6 juin 1936. Début des troubles mentaux 3 semaines avant l'internement.

Arrière-grand-père maternel mort interné.

Excitation psycho-motrice. Euphorie par intervalles. Chants, désorientation dans le temps et dans l'espace. Logorrhée incohérente. Nombreux phénomènes de négativisme. Ne répond pas aux questions. Refus partiel d'aliments (a dû être alimentée à la sonde pendant 2 jours). Rétention volontaire d'urines, par périodes, puis gâtisme total. Rires immotivés, maniérisme, impulsivité. Stéréotypies (déchire). Malpropre. Inactive. Très indifférente. Pas d'insomnie. Vernes-résorcine : D.O. = 32.

Liquide céphalo-rachidien normal.

Urée sanguine : 0 gr. 36.

Huile soufrée du 19 septembre au 7 octobre.

Sort guérie le 31 janvier 1937.

La séance est levée à 18 heures 45.

Les Secrétaires des séances :

P. ABÉLY et P. CARRETTE.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du 29 Avril 1937

Présidence : M. BARRÉ, président

Cedème cérébro-méningé, avec hyperthermie, mortel après injection de lipiodol dans un cas de tumeur médullaire cervicale (avec projection), par MM. ALAJOUANINE et HORNET.

Les auteurs rapportent un cas anatomo-clinique d'une tumeur médullaire cervicale où l'injection de lipiodol entraîna la mort avec hyperthermie et phénomènes vaso-moteurs.

L'examen montra un œdème cérébro-méningé dont les lésions prédominaient au niveau de la région du troisième ventricule.

Les auteurs rapprochent ce cas de ceux où s'observe le syndrome pâleur-hypothermie. La présentation de ce cas, qui ne saurait être une critique de la valeur de la méthode, n'en est pas moins utile à mentionner.

Discussion. — M. BAUDOIN considère que le lipiodol ou la ponction sous-occipitale doivent être incriminés comme cause directe des phénomènes présentés par le malade.

M. MOLLARET est partisan de faire plus bas l'injection du lipiodol.

M. CHAVANY considère que le lipiodol bas peut produire les mêmes phénomènes et rappelle un cas semblable. Il considère qu'actuellement on doit faire le lipiodol pré-opératoire.

M. BARRÉ fait aussi des réserves sur l'inocuité absolue du lipiodol.

Une forme adulte de l'idiotie amaurotique familiale, cérébello-pyramidale et sans amaurose, par MM. VAN BOGAERT et BORREMANS.

Les auteurs présentent une forme adulte de l'idiotie amaurotique familiale avec troubles cérébello-pyramidaux où n'existaient ni amaurose, ni rétinite

pigmentaire montrant qu'en dehors des formes d'idiotie amaurotique infantile, infantile tardive et juvénile, on peut individualiser une forme de l'adulte. L'examen anatomique a apporté sa confirmation à cette façon de voir.

Agueusie au cours d'un purpura hémorragique, par M. SOUQUES.

Présentation d'un cas d'agueusie avec troubles auditifs chez un malade atteint d'insuffisance hépatique. L'auteur rapporte à une lésion bulbaire le syndrome observé.

**Sur le mode de terminaison de la fibre névroglique,
par MM. QUERCY et LACHAUD.**

Les auteurs présentent de nouvelles préparations concernant le mode de terminaison des fibres névrogliques et venant confirmer leurs précédentes communications. Les techniques les plus fines, celles de Weigert, Anglade et Lhermitte avaient été employées.

Discussion. — MM. HUGUENIN et HORNET font des réserves sur la nature névroglique de ces terminaisons.

Syndrome de compression de la moelle; cypho-scoliose par hémia-
троphie vertébrale, par MM. HAGUENAU et GAUTHIER.

Les auteurs présentent un cas de paraplégie à évolution rapide, avec troubles de la sensibilité marquée, dissociation albumino-cytologique et blocage complet.

L'examen au lipiodol montre un arrêt au niveau de D⁹ et l'examen radiographique une hémiatrophie au niveau de cette vertèbre. La possibilité d'une intervention paraît devoir être envisagée.

Discussion. — M. ALAJOUANINE considère qu'en dehors du facteur compressif, il existe dans ces cas des lésions médullaires importantes. Il ne croit pas que l'opération doive donner d'appréciables résultats.

M. HAGUENAU pense que l'opération pourra toujours améliorer, sinon guérir.

**Méningiome à troubles neurologiques peu marqués. Importance
de l'examen ventriculographique, par MM. DAVID et THIBAUT.**

**Syndrome d'Adie chez une fillette,
par MM. L. BABONNEIX, H. GRENET et J. SIGWALD.**

Les auteurs présentent une fillette de 10 ans, chez laquelle existe un syndrome d'Adie typique, avec les modifications pupillaires et l'aréflexie tendineuse habituelles. Rien, dans les antécédents, dans les signes cliniques, dans les constatations sérologiques, ne permet d'incriminer ici la syphilis congénitale.

M. LECONTE.

Société Belge de Neurologie

Séance du 24 Avril 1937

Présidence : M. VERMEYLEN, président

M. le Président souhaite la bienvenue à M. le professeur Adler, de New-York, qui honore la séance de sa présence.

Délinquance et psychologie individuelle,
par M. A. ADLER, de New-York (en allemand).

Dans une conférence très brillante, l'auteur analyse la psychologie du délinquant en rapport avec le degré de développement du sentiment collectif, l'étude de ses conceptions en général et des mobiles qui l'ont fait agir. Il montre la grande importance du rôle des circonstances extérieures, du milieu, qui font qu'un sujet pourra évoluer vers la névropathie ou vers la délinquance. La comparaison avec l'étude des mobiles des actes délictueux chez les enfants est très instructive et montre que les facteurs de milieu jouent un rôle considérable.

Paralysie bulbaire chez une tabétique, par M. P. DIVRY.

Présentation d'une femme de 40 ans, atteinte de tabès et d'une paralysie labio-glosso-laryngée avec atrophie énorme de la langue. Celle-ci ne peut plus être poussée en avant, il y a de la dysphagie, une diplégie faciale et aussi de l'atrophie des petits muscles des mains. Les réflexes sont exagérés. Il y a en somme ébauche de sclérose latérale amyotrophique à prédominance bulbaire. Ces syndromes systématisés sont rares : le syndrome bulbo-paralytique du tabès est connu, mais on peut se demander s'il s'agit ici d'un syndrome autonome évoluant chez une tabétique. L'auteur ne le pense pas et fait remarquer que les douleurs fulgurantes ont disparu depuis l'installation de l'amyotrophie.

Neuronite, par M. J. DAGNELIE.

Présentation d'un sujet, ancien syphilitique, atteint de troubles moteurs avec aréflexie totale, qui fut pris tout d'abord pour un tabès. La ponction lombaire révéla une énorme hyperalbuminorachie : 1,80 gr. pour une lymphocytose normale. Ensuite apparurent un léger lagophthalmos avec parésie du facial inférieur gauche, des fibrillations musculaires et des paresthésies. L'auteur conclut à une lésion du neurone périphérique : polynévrite motrice du type neuronite.

**Syndrome extra-pyramidal unilatéral avec hémiballisme fruste
et troubles endocriniens, par M. J. DAGNELIE.**

Présentation d'une femme de 31 ans, chez laquelle on vit apparaître simultanément un tremblement du bras droit, puis de la jambe, des troubles psychiques, du nystagmus, une parésie faciale droite, des mouvements choréiformes avec ébauche d'hémiballisme droit, une aménorrhée totale avec hypertrichose de type masculin. La radiographie et tous les examens et analyses fournissent des résultats normaux. L'auteur pense néanmoins qu'il s'agit d'un syndrome hypophyso-hypothalamique, en raison des connections anatomiques qui existent entre ces régions.

Présentation de malade, par M. P. MARTIN.

Il s'agit d'un malade ayant présenté une parésie transitoire avec hypoalgésie du membre inférieur droit il y a 4 ans. Ces symptômes réapparaissent actuellement en même temps que des troubles psychiques avec incontinence. La ventriculographie montre une hydrocéphalie interne légère sans cause apparente. Le transit lipiodolé donne des images normales. Le malade présente encore des troubles moteurs transitoires du côté des nerfs crâniens, puis s'installe une hémiplegie droite flasque. L'auteur pense qu'il s'agit d'un processus infectieux à évolution subaiguë, bien que le liquide céphalo-rachidien soit normal.

J. LEY.

**Société de Médecine Mentale de Belgique
et Société de Médecine Légale**

Séance commune du 24 Avril 1937

Présidence : M. MARCEL-HÉGER,
président de la Société de Médecine légale

En ouvrant la séance, M. le Président donne la parole à M. Louis Ver-
vaeck pour la lecture et la mise aux voix d'un vœu concernant la législation
sur l'alcool, qui est actuellement remise en discussion au Parlement. Ce
vœu, qui préconise le maintien et le renforcement de la loi actuelle, confor-
mément à l'opinion exprimée par l'Académie de Médecine, est admis à l'una-
nimité.

La criminalité féminine, par M. HOVEN.

L'auteur, qui dirige la section de Défense sociale de l'asile de Mons, apporte la statistique des cas observés par lui, et classés par diagnostics et par délits. Il montre la prépondérance chez les femmes des attentats contre la personne et la propriété, tandis que chez l'homme, les actes immoraux occupent une large place.

Après avoir relaté toute une série de cas intéressants, il montre que rien ne distingue, cliniquement, les aliénés criminels et les aliénés d'asile. Se basant sur ces observations, M. Hoven fait la critique de la loi de Défense sociale et indique les principales modifications qu'il y aurait lieu d'y apporter.

Considérations sur le traitement des déséquilibrés, par M. OLIVIERS.

L'auteur décrit la mentalité spéciale du déséquilibré délinquant, d'après les nombreux cas observés par lui à l'établissement de Défense Sociale de Tournai, qu'il dirige, et montre toutes les difficultés auxquelles on se heurte dans la rééducation de ces sujets.

Le système dit *progressif*, avec sections successives de confiance et régime spécial pour les plus méritants, n'est guère applicable aux déséquilibrés. C'est la rééducation par le travail qui doit constituer la base de la thérapeutique, et un personnel infirmier d'élite est indispensable. D'autre part, certaines tares constitutionnelles sont parfois justiciables d'un traitement médical, mais ce sont le traitement *préventif* et le traitement *post-pénitentiaire* qui seraient les plus efficaces. Quoi qu'il en soit, les efforts les plus judicieux sont souvent aléatoires et il convient de ne pas se faire d'illusions.

L'excitation sexuelle au cours des états anxieux : à propos d'un cas médico-légal, par M. VERMEYLEN.

Relation du cas d'un homme de 47 ans, de moralité irréprochable, bon père de famille ne présentant aucune tare névropathique ou d'ordre sexuel, et qui impulsivement, alors qu'il urinait, se retourne et s'exhibe devant sa propre fille. L'anamnèse révèle qu'il existait depuis quelques mois, chez le sujet, un état d'hyperémotivité anxieuse, avec crainte de perdre son emploi, d'être ruiné ; deux jours avant les faits, il avait été mis en chômage temporaire, ce qui avait augmenté l'anxiété. L'auteur cite divers cas analogues recueillis dans la littérature et qui démontrent que certaines émotions violentes peuvent déterminer des réactions impulsives dans le domaine sexuel. De même chez l'animal, la peur ou la colère peuvent s'extérioriser sous forme d'excitation sexuelle.

J. LEY.

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Anthropologie, Psychologie, Psychopathologie, par L. BINSWANGER. *Journal Suisse de Médecine*, n° 29, 1936.

La psychologie et la psychopathologie classiques étudient les manifestations psychiques en les séparant artificiellement, et du psychisme global et du monde ambiant. L'anthropologie, au sens donné à ce terme par l'auteur, est une méthode nouvelle d'investigations des phénomènes psychiques, qu'elle étudie en tant qu'expressions d'un mode existentiel de l'individu dans le monde ambiant (In-der-Welt-sein), parmi et avec ses semblables. La structure de ce mode existentiel est composée de trois éléments : le qui, ou la manière d'être sujet, — le comment ou la manière d'exister proprement dite, — le quoi, ou l'intentionnalité de l'existence. Créée par l'auteur, dérivée essentiellement des théories phénoménologique (Husserl) et ontologique (Heidegger), se rapprochant beaucoup, sans avoir le même point de départ, des conceptions psychopathologiques d'E. Minkowski, la méthode anthropologique promet d'être des plus fertiles en acquisitions intéressantes et d'ouvrir des horizons nouveaux en psychologie et psychopathologie ; plusieurs travaux importants sont déjà inspirés par elle, parmi lesquels nous citons en particulier la belle monographie sur la fuite d'idées des maniaques, due à l'auteur lui-même.

E. BAUER.

La psychiatrie de Paracelse, par R. ALLENDY. *L'Évolution Psychiatrique*, fascicule 2, année 1936.

M. Allendy rappelant les grands traits de l'époque où vécut Paracelse, et après avoir fait l'histoire de la philosophie hermétique, fusion de la kabbale et de l'alchimie arabe, évoque les conceptions de Paracelse sur la structure du monde et la constitution de l'homme. Que de pseudo-découvertes, que la médecine s'octroie, se trouvent dans l'œuvre de Paracelse. Il a établi l'existence de plusieurs étages de l'âme où se reconnaît déjà l'inconscient. Il a accordé une large part aux influences psychiques dans la

génèse des maladies. Ces remarques sont suivies de l'analyse de ses deux traités psychiatriques : traité des lunatiques et traité des origines de l'insanité. Il en faut retenir cette distinction perpétuelle entre le conscient (humain) et l'inconscient (animal). Paracelse fut un précurseur génial en psychiatrie. Ce fut un véritable rationaliste. Voilà ce qu'il faut saluer en lui malgré l'aspect vieillot au désuet de son œuvre, le peu de profit clinique qu'on en peut tirer et le caractère insolite de ses idées sur les influences astrologiques, déterminisme auquel d'ailleurs l'auteur croit, bien qu'il ne soit pas admis officiellement.

M. LECONTE.

La psychiatrie chez Thomas d'Aquin (Psychiatrisches bei Thomas von Aquin), par Paul KOPP (Munich). *Zeitschrift f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1935, Tome 152, p. 178 à 196.

L'auteur qui a précédemment étudié les données psychopathiques de l'œuvre d'Albert Le Grand nous donne un compendium des passages de la Somme, des Commentaires et des Questions qui visent la psycho-physiologie et la psychopathologie. Un paragraphe est consacré aux textes établissant les bases physiques de la psychologie sur les principes de l'école et les données aristotéliennes. Un autre paragraphe étudie l'action des astres sur le tempérament. Enfin Kopp a rassemblé les idées, peu approfondies d'ailleurs, du Docteur sur les causes des troubles psychiques et leurs divers aspects. On pourra se convaincre que les études sur l'aliénation de l'Antiquité et de son époque étaient connues de saint Thomas et qu'elles ne présentent pas un écart considérable avec celles de la Renaissance. Quelques traits sur les hallucinés et les catatoniques (léthargici) sont particulièrement intéressants. Article intéressant à consulter pour la systématisation des références psychiatriques dans l'œuvre de saint Thomas d'Aquin.

Henri Ey.

Age et forme de maladie des malades mentaux entrés dans les établissements psychiatriques suisses, par H. BERSOT. *Journal Suisse de Médecine*, n° 29, 1936.

Cette enquête, qui contient également des renseignements sur le chiffre global des malades mentaux en Suisse, leur répartition d'après les sexes, les effectifs des divers établissements, aboutit aux principales conclusions suivantes : 1) « Chaque âge prédispose à une forme particulière de maladie mentale. Au-dessous de 20 ans, c'est chez les hommes l'oligophrénie, « la psychopathie, la schizophrénie et chez les femmes la schizophrénie, « qui sont les plus fréquentes, de 20 à 40 ans, dans les deux sexes, la schizophrénie prédomine. De 40 à 60 ans, l'alcoolisme est prédominant chez les « hommes, la schizophrénie chez les femmes. Au delà de 60 ans, ce sont « les psychoses organiques que l'on a le plus de chances de trouver, tant « chez les hommes que chez les femmes ; — 2) Chaque forme de maladie « mentale atteint de préférence ses victimes à un âge bien déterminé. L'oligophrénie, la psychopathie constitutionnelle, l'épilepsie atteignent hom- « mes et femmes de préférence au-dessous de 20 ans. La manie et la mélancolie atteignent hommes et femmes surtout entre 50 et 60 ans. La schizophrénie est plus fréquente chez les hommes de 20 à 30 ans, et chez les « femmes de 20 à 40 ans. La paranoïa et les psychogénies sont dans les

« deux sexes de fréquence à peu près égale pendant toute la vie. Les psychoses organiques sont les plus fréquentes après 70 ans dans les deux sexes. L'alcoolisme atteint de préférence les hommes entre 40 et 60 ans, et les femmes entre 50 et 60 ans. »

E. BAUER.

Les applications cliniques du test psychologique de Rorschach (As Aplicações Clinicas do Test Psychologico de Rorschach), par E. DE AGUIAR WHITAKER. *Revista de Neurologia e Psiquiatria de São Paulo*, T. 1, n° 4, p. 447-454, juillet-décembre 1935.

L'auteur ayant en vue les applications cliniques du test psychologique de Rorschach en décrit brièvement le matériel, la technique et l'interprétation. Dans le domaine de la psychothérapie, le test de Rorschach rend de précieux services. Il s'agit naturellement d'une méthode destinée à compléter l'examen clinique et non à le remplacer. S'il est exact qu'il permette de distinguer les psychoses des névroses et des psychopathies constitutionnelles, il doit contribuer à préciser les formes et les nuances symptomatiques et devient un complément très utile à l'examen dans les cas de diagnostic douteux. Le test sert également pour l'étude de l'évolution, le pronostic, l'orientation thérapeutique et l'appréciation du résultat de certains traitements : malariathérapie dans la paralysie générale, castration dans diverses psychopathies sexuelles, psychothérapie et psychanalyse dans les névroses.

P. CARRETTE.

Les délires de jalousie, par Henri CLAUDE. *Le Progrès Médical*, n° 49, p. 1941-1949, 7 décembre 1935.

La psychiatrie considère la jalousie sous tous ses aspects : variété simple des hyperémotifs, obsession des états passionnels, syndrome interprétatif des délirants paranoïaques, manifestation de l'excitation dans les ivresses toxiques, témoignage de déséquilibre des psychopathies à tendance chronique. Le professeur Claude aborde la psychologie du jaloux, suivant les directives de l'école freudienne et distingue trois types qui peuvent se composer dans la complexité des phases évolutives : la jalousie de concurrence fonction du « narcissisme offensé », la jalousie par homosexualité avec réaction de défense contre l'amour inconscient du rival et la jalousie par projection, sentiment d'infériorité et de culpabilité chez un amant infidèle.

P. CARRETTE.

Passions et psychoses passionnelles, par V. LAGACHE. *Sur l'Évolution Psychiatrique*, fascicule 1, année 1936.

Les travaux de Sérieux et Capgras, de Clérambault et des études de Dide sur les idéalistes passionnés ont fait entrer les états passionnels dans la nosographie des psychoses. L'analyse de l'œuvre de Clérambault montre qu'il se rencontre peut-être avec les méthodes phénoménologiques. Son mérite est d'avoir contribué à restreindre la portée de la doctrine constitutionnaliste, mais certains faits n'appartiennent à aucune des catégories qui précèdent. Peut-être pourrait-on les englober sous la terminologie de « Pas-

sions-perversions ». La passion est alors, non plus un individu, mais un objet : passion de la table, de la boisson, des stupéfiants, du jeu, de l'avance. Dans la deuxième partie de son exposé, M. Lagache traite alors de la structure, de la cause et de l'évolution des états passionnels morbides. Sont-ils des entités morbides ou des types cliniques ? Avant de répondre à cette question, l'auteur, après avoir citées celles données par Descartes, Bossuet, Kant, Ribot, Malapert, Lalande, propose la définition suivante : « la passion est l'expérience vécue d'un but apprécié comme seul désirable ». C'est cet effort de définir la passion qu'il convient surtout de noter dans le travail de M. Lagache, où le souci de la philosophie n'a perdu aucun droit.

M. LECONTE.

Emotions et états psychopathiques (Emozione e stati psicopatitici), par E. ROBERTI et G. FIORE (Florence). *Rivista di Patol. nerv. e mentale*, p. 334 à 367, mars-avril 1936.

Ce travail, sans contribution originale, publié en deux articles qui se suivent, expose les généralités sur les émotions (théories de Lange, Sergi, Sollier, Bianchi, Salmon, Jackson, Monakow et Mourgue).

Henri Ey.

Contribution à l'étude des états dits de « névrose obsessionnelle », par le professeur J.-V. KANNAHIKH. *Sovietskaia Psichonevrologia*, T. XI, n° 6, 1935.

Après un exposé historique et nosologique de la question, l'auteur traite de la structure pathopsychologique des états obsessionnels et de leur origine. Il admet l'existence d'un certain rapport entre les états obsessionnels et la schizophrénie et souligne l'analogie de la brusque apparition de certaines idées fixes et de « microsymptômes » schizophréniques. Par rapport aux états obsessionnels, les phobies ont un caractère plus léger et plus passif. Certaines d'entre elles peuvent se développer sur un fond endocrinovégétatif. Les états obsessionnels, par contre, sont plus actifs, plus durables, et ne demandent pas pour leur apparition des conditions définies de milieu. Les états obsessionnels à teinte sadique et masochiste sont l'expression de troubles plus profonds de nature schizophrénique et peuvent être considérés comme une forme spéciale de schizophrénie.

FRIBOURG-BLANC.

De la dipsomanie chez les femmes (Über Dispsomanie bei Frauen), par GERHART PISK. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 93, 4, 1936.

Les auteurs allemands, en désaccord sur ce point avec les auteurs français, considèrent généralement la dipsomanie comme une affection rare chez la femme. L'auteur ne partage pas cette opinion. Il rapporte plusieurs exemples ; l'allure clinique est la même que dans la dipsomanie masculine. On rencontre fréquemment des manifestations poriomaniaques et érotomaniaques associées. Souvent la crise dipsomaniaque est en rapport avec les périodes menstruelles. Enfin, dans les deux cas les plus typiques au point de vue clinique, l'examen neurologique démontra l'existence de lésions centrales : paralysie générale imminente dans l'un, syndrome post-encéphalitique dans l'autre.

E. BAUER.

Clinique et étiologie de l'alcoolisme périodique (Zur klinik und Ätiologie des periodischen Alkoholismus), par Ornulo ODEGAARD (Oslo). *Zeitsch. f. d. g. Neuro. and Psych.*, 1935, Tome 153, p. 629 à 648.

Sur 132 alcooliques placés dans la clinique psychiatrique d'Oslo, l'auteur a trouvé 62 périodiques. C'est aux troubles du caractère et de la vie instinctive de type cyclothymique qu'il faut rapporter les impulsions dipso-maniaques.

Henri Ey.

Définition de la confusion mentale, par le Dr A. BONHOUR (*Psiquiatria y criminologia*, Tome I, nos 1-2, Avril 1936).

Après avoir rappelé les travaux de Régis, Chaslin, Roger sur la question, l'auteur propose la définition suivante : la confusion mentale est un syndrome mental généralement transitoire, caractérisé par une obnubilation de l'activité psychique supérieure pouvant aboutir à une suspension totale du psychisme, accompagné, à un degré plus ou moins marqué, d'une activité subconsciente et consécutif à l'action de divers facteurs d'ordre physico-chimique, — toxique le plus souvent, simplement mécanique dans d'autres cas, — qui compromettent sérieusement la fonction des cellules nerveuses en modifiant leur forme, leur structure, leur composition chimique, leur charge de potentiel électrique.

LAUZIER.

Syndromes des états terminaux des réactions du type exogène, par le professeur N.-A. GOLDENBERG. *Sovietskaja Psichonevrologia*, T. XI, n° 6, 1935.

En se basant sur son expérience personnelle, l'auteur souligne l'intérêt que présente l'étude des états terminaux des réactions psychiques de type exogène, tant au point de vue de la connaissance de ces états que de l'étude de la psychopathologie et de la pathogénie des réactions exogènes elles-mêmes. Du point de vue clinique, l'auteur distingue : 1° Le syndrome asthénique, caractérisé surtout par les symptômes de déficit (« minus-symptômes ») et la difficulté générale à l'accomplissement de tout effort psychique ; 2° Le syndrome émotionnel hyperesthésique, catatonique, paranoïde, hallucinatoire, amnésique, hébéphrénopuéril.

FRIBOURG-BLANG.

Les automatismes visuels (Hallucinations visuelles rétrochiasmiques), par G. DE MORSIER (de Genève). *Journal Suisse de Médecine*, n° 29, 1936.

L'hallucination visuelle est toujours un syndrome neurologique dû à l'atteinte d'un segment quelconque des voies optiques et de leurs connexions pariéto-temporales. Les hallucinations préchiasmiques, monoculaires sont rencontrées notamment au cours du délirium tremens (par l'auteur aussi dans un cas de névrite rétrobulbaire de la sclérose en plaques). La plupart sont rétrochiasmiques, leur localisation peut être précisée grâce à la symptomatologie associée : atteinte des pédoncules ou du pulvinar en cas de coexistence d'un syndrome alterne, — de la région pariétale s'il existe des phénomènes d'automatisme avec agnosie tactile et troubles du schéma corporel, — du lobe temporal en cas de crises visuelles suivies souvent de

phénomènes épileptiformes, avec ou sans hémianopsie en cadran, — atteinte diffuse, dans leur totalité, des lobes pariétaux et temporaux en même temps que des voies visuelles rétrochiasmatiques, en cas d'automatisme mental et verbal, de cénesthopathie coexistants, ce qui a lieu dans la psychose hallucinatoire chronique (syndrome de de Clérambault).

E. BAUER.

Sur le fait d'halluciner (Über das Halluzinieren), par A.-M. MEERLOO (Haag). *Zeitsch. f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1935, Tome 152, p. 300 à 309.

Bref article sur « l'halluciner », où l'auteur se référant spécialement aux études de Mourgue et Monakow insiste sur le fait que l'hallucination n'est pas un phénomène isolé, que le fait d'halluciner est un acte complexe soudé à la vie instinctive et irréductible à une simple qualité sensorielle. Le fait d'halluciner est inséparable du fait de ne pas pouvoir corriger (Unkorrigierbaren) et par là il touche à la pensée délirante. Le rôle du système nerveux végétatif et de troubles moteurs doit être considérable dans le mécanisme de ce trouble qui atteint essentiellement la confrontation du Moi et de la Réalité.

Henri Ex.

Un cas de psychose hystérique, par A. WIRSZUBSKI. *Medycyna*, n° 9, du 7 mai 1936.

L'auteur expose l'observation d'un jeune garçon de 16 ans dont le tableau clinique initial faisait attribuer la symptomatologie à une lésion organique du système nerveux, quand, en réalité, il s'agissait d'une psychose hystérique dotée d'une symptomatologie particulièrement riche : parésies, troubles de l'audition, troubles sphinctériens, cécité transitoire, amnésie, accès narcoleptiques, etc...

FRIBOURG-BLANC.

Typologie des psychopathies épileptoïdes, par I. J. SAVILENSKY et I. A. MISROUKHINE (*Sovietskaia Psichonevrologia*, T. XI, 1935, fasc. 3).

Les auteurs considèrent les psychopathies épileptoïdes comme des états présentant une structure caractérologique congénitale pouvant se comparer à la structure caractérologique acquise résultant d'un processus épileptique. Il est possible de distinguer trois groupes de psychopathes épileptoïdes : 1° des explosifs ; 2° des défensifs ; 3° des psychopathes avec exaltation des instincts, les « Triebmenschen » des auteurs allemands.

FRIBOURG-BLANC.

Contribution à la question de la forme circulaire de la psychose épileptique, par I. M. SLIVKO (*Sovietskaia Psichonevrologia*, T. XI, 1935, fasc. 3).

L'épilepsie peut se greffer sur n'importe quel fond constitutionnel. Dans la structure de la psychose épileptique on peut toujours retrouver les traits caractérologiques de la personnalité prémorbide. La psychose épileptoïde peut être constituée par des facteurs relevant d'une autre constitution, mais qui se sont manifestés grâce à l'intervention du processus épileptique. Avec la progression du processus épileptique, les traits fondamentaux de la per-

sonnalité prémorbide sont absorbés par le processus épileptique dont le tableau devient prédominant.

FRIBOURG-BLANC.

Sur la question des « états crépusculaires épisodiques » (Zur Frage der episodischen Dämmerzustände), par Karl LEONHARD (Gabersee). *Zeitsch. f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1936, Tome 154, p. 242 à 257.

L'auteur conteste que les états crépusculaires épisodiques de Kleist puissent se réduire, selon le travail de Schottky, sur le même sujet, à trois groupes de faits : états épisodiques chez des arriérés, états épisodiques d'étiologie organique et psychoses mixtes ou atypiques. Pour lui, les états crépusculaires de Kleist, parents à bien des égards de l'épilepsie sans se confondre avec elle, constituent des troubles aigus avec obscurcissement de la conscience, délire, etc., qui ont une durée courte et constituent une forme séméiologique distincte. Il rapporte à l'appui de son point de vue quatre nouvelles observations. La première est celle d'une femme née en 1880 ayant présenté quelques troubles comitiaux et qui a fait cinq états crépusculaires épisodiques à début brusque d'une durée de 5 à 7 semaines. La deuxième est celle d'une jeune fille née en 1908 qui a fait, en 1925, 1932 et 1934 de très courts accès épisodiques d'une durée de moins de 8 jours. Il s'agit encore d'une fille née en 1899, dans la troisième observation, ayant présenté un état analogue de durée très brève avant ses règles. Enfin la quatrième malade, âgée de 22 ans, dont la sœur aînée a été internée et un frère est faible d'esprit, a présenté deux crises à début brusque d'une durée de 3 ou 4 semaines avec troubles de la conscience et hallucinations visuelles. Soulignons que les notions de bouffées délirantes et schizomanie paraissent inconnues de l'auteur. Des cas de ce genre pourraient servir à l'étude des confusions périodiques.

Henri Ex.

Rêve et Jeu. Méthodes nouvelles d'investigation et de traitement (Traum und Spiel. Neue Methoden der Untersuchung und Behandlung), par F. SCHNEERSOHN (de Varsovie). *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXVII, 1 et 2, 1936.

Cette étude constitue un essai d'explication du rêve en analogie avec les distractions pendant le repos à l'état de veille. Repos ne signifie pas suspension de l'activité ; mais l'activité imposée, le travail, est remplacée par l'activité du jeu, de distraction : jeux d'action, jeux d'imagination ou de fantaisie. Dans ces jeux s'extériorisent les tendances affectives du sujet, et dans les jeux d'imagination notamment, des sentiments profonds sont objectivés. Sans activité de distraction il n'y a pas de vrai repos, pas de repos réparateur. Or, les rêves représentent l'activité de jeu au cours de cette variété de repos qu'est le sommeil, et ils lui sont nécessaires. Ils sont régis par les mêmes lois que l'imagination libre à l'état de veille, ils ont aussi leurs lois propres. Dans leur contenu se concrétisent des sentiments affectifs profonds, leur interprétation est possible par les méthodes des clefs image-réalité et sentiment-réalisation. Les rêves absurdes peuvent être classés en trois catégories : rêves absurdes en apparence, reproduisant en leur conférant la plasticité de la réalité, les images coutumières de la fan-

taisie, — rêves non organisés, avec images mobiles, rythmiques, extériorisant le rythme de la vie émotionnelle intime, — rêves primitifs et chaotiques, dans lesquels se projettent des sentiments primitifs, ou devenus primitifs par suite de perturbations psychiques ou de dégénérescence morale.

E. BAUER.

Des psychoses épisodiques (Über episodische Psychosen), par Johannes SCHOTTKY (Munich). *Zeitsch. f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1935, Tome 152, p. 34 à 76.

L'auteur expose les travaux récents faits en Allemagne (Kleist Neustadt, Kurt Schneider) sur ces formes psychopathiques aiguës, cycliques, de nature endogène plus ou moins voisine de l'épilepsie et de la maniaque-dépressive et qui revêtent des caractères atypiques. Nous dirions peut-être polymorphes. Il établit son travail sur l'observation de 15 cas. Le premier cas est celui d'un homme de 45 ans qui en 2 ans a présenté trois accès brusques d'excitation délirante (émotions, léger appoint alcoolique). Le deuxième cas est celui d'une fille arriérée âgée de 20 ans, ayant présenté aussi une crise d'agitation délirante. La troisième observation est celle d'une jeune fille de 28 ans, ayant eu une poussée évolutive de sclérose en plaques et qui a manifesté en un an deux accès délirants. Le quatrième relate l'histoire d'un homme de 66 ans, artériopathique, qui a été interné 6 fois en 5 ans pour accès confusionnels épisodiques. La cinquième observation est celle d'une bouffée délirante réactionnelle chez une femme de 36 ans. La sixième est intéressante par l'apparition, à 6 reprises, de crises d'agitation avec troubles catatoniques et délire ayant entraîné la mort au cours du 6^e accès (endocardite nitrale). Le sixième cas a été étiqueté successivement psychose maniaque-dépressive et schizophrénie. En fait, cette femme est morte à 64 ans, après avoir eu une série de crises atypiques. La huitième observation est celle d'une femme de 39 ans, ayant présenté une brusque agitation avec élément confusionnel. Sa mère et sa sœur ont présenté des troubles schizophréniques. Le neuvième cas est celui d'une femme ayant été opérée pour un goitre et qui a présenté une bouffée délirante avec anxiété. Une femme de 29 ans, débile, fait l'objet de la dixième observation (sa sœur était morte catatonique). Elle présente une bouffée délirante. Le cas n° 11 comporte un élément de similitude de troubles mentaux chez deux frères. Le malade observé a présenté une bouffée délirante avec agitation anxieuse ; son frère avait eu à 34 ans une psychose anxieuse analogue. La douzième observation est celle d'un jeune homme (30 ans au premier accès), qui a fait trois crises de type schizophrénique aigu, avec intervalles lucides contestables. L'observation suivante est celle d'un schizoïde de 39 ans, ayant présenté une brusque bouffée délirante avec tentative de suicide. Le 14^e cas, jeune femme de 28 ans, est un cas de catatonie aiguë à l'occasion d'un trauma sexuel. Enfin, la quinzième observation est celle d'une femme ayant présenté un état délirant onirique aigu. Comme le fait remarquer Schottky, il s'agit de psychoses aiguës, épisodiques, souvent atypiques, mixtes, qui posent souvent la question de leurs relations avec les psychoses schizophréniques typiques. Ce sont des cas de ce genre qui ont été décrits chez nous par Claude comme des bouffées schizomaniaques. Bouffées délirantes, états confusionnels, ce sont là des tableaux cliniques familiers aux psychiatres français. Il semble que la psychiatrie allemande soit en train de les découvrir. Peut-être trouverons-nous sur la base d'observations analogues,

une excellente occasion d'étudier, de réviser la question des rapports des bouffées délirantes et des états confusionnels périodiques qui constituent un gros contingent de ces psychoses épisodiques, dont le caractère endogène, dégénératif, paraît frapper davantage les Allemands que la psychiatrie française, depuis Magnan.

Henri Ey.

La schizophrénie greffée et la démence schizophrénique précoce (Ueber Pfropfschizophrenie und schizophrene Fruehdemenz), par A. GLAUS. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXVII, 2 et XXXVIII, 1, 1936.

Des divergences existent toujours quant à l'interprétation du terme de schizophrénie greffée et quant aux syndromes se rattachant à ce groupe. On porte trop facilement ce diagnostic, des erreurs en résultent ; or, on ne devrait parler de schizophrénie greffée, c'est-à-dire se produisant sur un terrain d'indigence intellectuelle congénitale que lorsque cet état d'indigence est démontré par l'anamnèse. En basant le diagnostic exclusivement sur l'aspect clinique au moment de l'examen, on risque de considérer comme symptomatiques de déficience congénitale des signes qui appartiennent en réalité à la psychose schizophrénique.

En partant de ce point de vue, l'auteur a tenté de grouper un certain nombre d'observations de la clinique de Burghölzli, dans lesquelles le diagnostic de schizophrénie greffée avait été porté. Elles peuvent être réparties — en dehors des erreurs de diagnostic, dont deux exemples sont rapportés — en deux catégories : 1) des processus schizophréniques, survenant vers l'âge de 30-40 ans, chez des sujets indiscutablement oligophrènes ; l'évolution est grave d'emblée, l'influence pathoplastique de l'oligophrénie se réduit à la pauvreté des symptômes schizophréniques. Le terme de « schizophrénie greffée » ne devrait s'appliquer qu'à ces cas ; 2) des processus schizophréniques d'aspect relativement bénin, avec une forte tendance aux rémissions, survenant de très bonne heure chez des sujets en apparence oligophrènes, les troubles antérieurs exerçant d'ailleurs sur la psychose une influence pathoplastique considérable. Ce sont des schizophrénies greffées au sens de Kraepelin, mais en réalité il semble s'agir d'une forme spéciale de schizophrénie, les symptômes oligophréniques ne traduisant qu'une première phase du processus morbide. On pourrait réserver à ces cas la dénomination de démence schizophrénique précoce

E. BAUER.

Contribution au problème de l'unité de la schizophrénie, par le professeur C.-E. SOUKHAREVA. *Sovietskaia Psichonevrologia*, T. XI, n° 6, 1935.

Sur un matériel clinique de 115 enfants, l'auteur étudie la schizophrénie de l'âge infantile et de la puberté. En partant du point de vue biologique, l'auteur arrive à la même classification de la schizophrénie en deux groupes. D'après l'observation des cas cliniques, au sujet des facteurs déterminant les particularités psychopathologiques, il semble que de nombreuses manifestations dites spécifiques de la schizophrénie soient en réalité en rapport avec l'âge des malades. La pathogénie de la schizophrénie dépend d'une part d'une anomalie constitutionnelle et d'autre part d'un certain processus destructif. La valeur morbide de ces deux facteurs est équivalente, mais peut prédominer dans l'un ou l'autre sens suivant les cas cliniques.

FRIBOURG-BLANC.

Les signes précoces de schizophrénie du bas âge, par le professeur agrégé T.-P. SIMSON. *Sovietskaia Psichonevrologia*, T. XI, n° 6, 1935.

Parmi les signes initiaux de la schizophrénie chez les jeunes enfants, l'auteur souligne les peurs diurnes et nocturnes accompagnées de manifestations hallucinatoires, d'illusions optiques dynamiques. L'enfant accuse des sensations obsédantes traduisant les troubles du « schéma corporel » (hypertrophie des membres, absence de langue, etc...). Il a des idées fixes, vit dans un monde imaginaire autistique. Ses productions fantastiques traduisent ses conflits douloureux. Elles sont monotones, presque stéréotypiques et d'une charge affective réduite. Il existe également des troubles de la réflexion, du raisonnement, de l'association des idées, de l'humeur et de la vie affective. L'enfant traverse des phases épisodiques d'immobilité, avec plaintes hypocondriaques et refus d'alimentation.

FRIBOURG-BLANC.

Schizophrénie somatopsychique, par Maurice BORNSTAJN (*Rocznik Psychiatryczny*, fasc. XXVI-XXVII, 1936).

L'auteur relate l'histoire clinique de deux malades qu'il rattache au groupe de la schizophrénie somatopsychique, forme clinique de schizophrénie qu'il a isolée antérieurement, dans laquelle prédomine le délire hypocondriaque, mais où l'on retrouve l'autisme et le sentiment du changement de la personnalité. Chez la première malade la phase de délire hypocondriaque a été suivie d'une période d'excitation maniaque portant des traits schizophréniques. Chez la seconde malade, les préoccupations hypocondriaques étaient associées aux symptômes « anancastiques ».

L'auteur se rallie à la théorie psychanalytique qui explique la schizophrénie comme une forme de régression à la phase du narcissisme.

FRIBOURG-BLANC.

Les troubles pupillaires dans la schizophrénie (I disturbi pupillari nella schizofrenia), par Isidoro IMBER (Turin). *Rivista di Neurologia*, p. 133 à 162, avril 1936.

Travail très approfondi et méthodique entrepris sur 308 malades (266 hommes et 42 femmes) atteints d'hébéphrénie (86), de catatonie (37), de démence paranoïde (114) ou de schizophrénie simple (71). L'examen oculaire a comporté spécialement l'étude des réflexes photomoteurs, pratiquée à l'aide du pupillomètre de Krusius. C'est le symptôme de Bumke (absence de réactions aux excitations psychiques), qui est le plus important, presque constant. Le réflexe sensoriel (sensations acoustiques) paraît le plus longtemps conservé. Le phénomène de Meyer (contraction de l'iris par percussion biliaire) a été peu observé et seulement chez les femmes. Le phénomène pupillaire de Redlich (dilatation pupillaire après un effort musculaire) n'a pas de valeur diagnostique. Quant à la rigidité pupillaire catatonique de Westphal, il n'a pu être retrouvé. Dans 15 cas, le phénomène de l'hippus a été constaté. L'anisocorie n'existait que dans 2,5 % des cas. Une bonne bibliographie complète cette intéressante étude.

Henri Ey.

Schizophrénie et tuberculose pulmonaire, par N. BERLIN (*Gruzlica*, T, XI, n° 1, 1936).

La tuberculose et la schizophrénie sont des processus pathologiques évoluant sur un terrain constitutionnel. Cependant ces deux affections ne dépendent pas d'un facteur spécial qui leur serait commun. La tuberculose et la schizophrénie ne sont pas liées avec le type leptosomo-asthénique, car l'organisme humain ne peut pas être classé sous l'étiquette définie et immuable d'un type somatique. La constitution somatique n'est que l'expression d'un degré de l'équilibre biologique et peut subir des transformations avec lui.

FRIBOURG-BLANC.

Schizophrénie et diabète chez les juifs (*Schizophrénie und Diabetes mellitus bei Juden*), par I. A. LIGTERINK et Ch. H. SIMONS. *Acta psychiatrica et neurologica*, XI, 1, 1936, Copenhague.

L'association du diabète avec la schizophrénie est considérée comme rare, alors que celle avec la psychose maniaque-dépressive est fréquemment observée. Il n'en est pas de même chez les Juifs ; l'enquête des auteurs parmi la population d'un asile juif a démontré la fréquence de l'association schizophrénie-diabète. Mais les sujets qui présentent cette association sont également tous des pycniques, et dans leur ascendance on rencontre des cas relativement nombreux de psychose maniaque-dépressive et de diabète, tandis que la schizophrénie n'a été retrouvée que chez des collatéraux. Cette étude semble prouver l'existence d'un complexe héréditaire important : *habitus pycnique* — psychose maniaque-dépressive — diabète, complexe fréquent dans la race juive.

E. BAUER.

Du rapport affectif avec les schizophrènes (*Über den affektiven Rapport mit Schizophrenen*), par I. WYRSCH. *Archives Suisses de Neurologie et Psychiatrie*, XXXVII, 1, 1936.

C'est à tort que l'absence de rapport affectif est considérée parfois comme un signe pathognomonique de schizophrénie. La capacité d'éprouver et d'extérioriser des sentiments de sympathie — on peut réunir sous ce terme l'ensemble des sentiments qui forment le contenu d'un rapport affectif — n'est chez beaucoup de schizophrènes ni diminuée, ni abolie. Mais ces malades ont souvent de grandes difficultés à réaliser les conditions intellectuelles et volontaires préalables, indispensables à l'établissement du rapport affectif ; il ne s'agit donc pas, dans ce cas, d'un trouble du rapport affectif proprement dit. Il faut compter aussi avec l'extériorisation déformée, inadaptée, des sentiments. On pourrait opposer, en quelque sorte, aux conditions existant chez les schizophrènes, ce qui se passe chez les amoureux. Chez ceux-ci, les facultés intellectuelles et volontaires indemnes permettent de réaliser facilement le contact intellectuel nécessaire au rapport affectif, les facultés d'extériorisation sont également conservées ; ces sujets simulent alors facilement un contact affectif qui n'existe pas en réalité.

E. BAUER.

Contribution à l'étude psychologique de la démence, par G. PREDA, T. STOENESCU et S. CUPCEA. *Bulletin de l'Hôpital des Maladies mentales et nerveuses*, Sibiu (Roumanie), p. 17-27, 1935.

Les auteurs ont été amenés à choisir, parmi les tests de mesure de l'intelligence, ceux qui permettent de distinguer les démences des oligophrénies. Ils préconisent la méthode de Babcock qui apprécie le vocabulaire et fixe plutôt un niveau de culture professionnelle. Les tests de Pintner-Paterson, qui recherchent des performances comme ceux de Binet-Simon, montrent les différences considérables qui existent entre les types de démences.

P. CARRETTE.

Le développement psychique et son arrêt, par le professeur J. MAZURKIEWICZ, *Nowiny Psychjatryczne*, T. XII, 1935, fasc. 3 et 4.

L'auteur fait allusion à ses travaux antérieurs dans lesquels il a fait ressortir qu'au point de vue du développement psychique, les nouvelles acquisitions gnostiques n'ont lieu qu'à la suite du développement de l'activité des dispositions affectives. De même, les acquisitions gnostiques abstraites ne se réalisent que dans le cas de l'évolution normale de la vie affective, avec l'apparition de nouvelles tendances hiérarchiquement et évolutivement plus élevées que les tendances instinctives et congénitales. Cette évolution prouve qu'il existe non seulement une mémoire pour les acquisitions gnostiques, mais aussi une mémoire affective. Le développement psychique est dû au développement de l'activité corticale. Ainsi, l'unitendance et l'univalence de l'enfant se transforment en ambitendance et en ambivalence de l'adulte. Le moi instinctif, le moi personnel et le moi social représentent les trois stades du développement. Le moi social représente évolutivement le plus haut degré de développement. Il est aussi le plus fragile. Ces trois conceptions du moi représentent les trois groupes de tendances affectives : instinctive, personnelle et sociale.

A première vue, il semble qu'il n'y ait aucun lien entre les tendances instinctives universelles et les traits caractérologiques syntoniques ou schizothymiques hérédofamiliaux. Et cependant, l'arrêt du développement moral, l'idiotie morale est une manifestation extrême de l'absence innée d'élément syntonique, tandis que les acquisitions gnostiques élémentaires sont dues à l'action de tendances instinctives comme le prouvent les réflexes conditionnels de Pawlow. C'est pourquoi l'attention, fonction de toutes les tendances affectives, est profondément troublée dans l'arrêt du développement intellectuel. L'arrêt du développement moral et intellectuel est l'extériorisation clinique des troubles des dynamismes psychiques qui, normalement, rendent possible la transformation des formes inférieures des dispositions affectives en formes plus évoluées. Il semble donc évident que les arrêts intellectuel et moral peuvent non seulement coexister chez le même sujet, mais également exister isolément en raison d'une déficience, soit dans le domaine de l'affectivité protopathique, soit dans les cadres de la tendance syntonique.

FRIBOURG-BLANC.

Contributions à la connaissance de la pycnolepsie des enfants (Beiträge zur Kenntnis der Pycnolepsie des Kindesalters), par E. GLANZMANN et N. COPULSKY (de Berne). *Journal de Psychiatrie infantile*, III, 3 et 4, 1936.

C'est une étude d'ensemble sur la pycnolepsie avec d'intéressantes observations à l'appui ; nous citons en particulier celle d'un état stuporeux prolongé chez une fillette pycnoleptique, et celle d'un syndrome pycnoleptique se transformant en épilepsie classique. Les auteurs mettent en doute la conception de Friedmann qui considère la pycnolepsie comme une affection autonome.

E. BAUER.

Essai d'un examen de l'adresse manuelle chez les enfants arriérés (Versuch einer Handgeschicklichkeitsprüfung bei geistesschwachen Kindern), par G. BURCKHARDT. *Journal de Psychiatrie infantile*, III, 3, 1936.

L'adresse manuelle et habituellement déficiente chez les arriérés, souvent plus déficiente que les facultés intellectuelles ; parfois des dons électifs sont constatés ; il n'existe pas de différence appréciable entre les garçons et les filles. Plusieurs formes d'adresse manuelle semblent devoir être isolées, ayant des corrélations différentes avec l'intelligence et avec l'entraînement. Les examens ont été faits à l'aide des tests de l'Institut Jean-Jacques Rousseau.

E. BAUER.

Un cas exceptionnel de suicide, par J. MAKOWIEC. *Nowiny Lekarskie*, T. XLVIII, fasc. 21 du 1^{er} novembre 1936.

Description d'un cas de suicide chez une femme de 63 ans. Le choix des moyens du suicide lui donnent un caractère exceptionnel qui aurait pu éveiller l'hypothèse d'un crime. Il s'agissait d'une section du cou exécutée avec maladresse et acharnement. Une partie du cartilage thyroïde avait été enlevée et, dans l'orifice ainsi formé, deux clous, l'un de 13 cm., l'autre de 16 cm., avaient été enfoncés. La femme s'était servie de deux couteaux alternativement. Quelques jours avant le suicide, son entourage avait remarqué un changement dans l'attitude de cette femme, mais jamais d'idées de suicide. L'auteur suppose, en raison de l'âge de la suicidée, qu'il s'agissait d'un cas de mélancolie sénile.

FRIBOURG-BLANC.

NEUROLOGIE

La cysticercose cérébrale, par VI. BERNASIEWICZ et Z. MESSING. *Nowiny Psychiatryczne*, T. XII, fasc. 3 et 4, 1935.

Description des altérations observées chez une femme atteinte de cysticercose du cerveau. Cliniquement, la malade présentait des signes d'une tumeur de l'hypophyse avec crises épileptiques et syndrome de Korsakow.

FRIBOURG-BLANC.

Pathogénie et clinique de la cysticercose du système nerveux central, par M. KRZEMINSKI. *Medycyna*, n° 19 du 7 octobre 1936.

L'auteur décrit 6 cas de cysticercose du système nerveux et en étudie le tableau clinique. La plupart de ces cas présentaient les signes d'une tumeur du cerveau. Dans un cas, le diagnostic fut établi durant la vie, grâce à de nombreux cysticerques du tissu sous-cutané. Dans un autre cas, avec syndrome de la queue de cheval, la laminectomie montra des cysticerques dans le liquide céphalo-rachidien. Dans 4 cas, la cysticercose fut constatée à l'autopsie.

FRIBOURG-BLANC.

Sur un cas d'aplasie nucléaire (Moebius) et d'arhinencéphalie associées (Über einen Fall von Kernaplasie (Moebius), kombiniert mit Arhinencephalie), par A. BIEMOND. *Acta psychiatrica et neurologica*, XI, 1, 1936, Copenhague.

Dans le cas décrit l'aplasie nucléaire intéressait la partie supérieure du noyau du moteur oculaire commun gauche, les noyaux pathétique, facial et oculaire externe des deux côtés, le noyau accessoire du trijumeau gauche ; quant aux noyaux des hypoglosses, ils étaient fusionnés en une seule formation médiane, hypoplasique. En outre, il existait une aplasie complète des nerfs olfactifs avec insuffisance du développement du système commissural antérieur (commissure antérieure, partie antérieure du corps calleux, fornix antérieur), enfin des anomalies de conformation de l'hexagone artériel de Willis. Le processus pathologique qui a produit cette agénésie se place au moment de la fermeture du neuropore antérieur. Il est permis de supposer une cause exogène, d'origine endo ou mésodermique.

E. BAUER.

« **Tortiscapula** » envisagé comme forme fruste de spasme de torsion, par W. STERLING et J. PINCZEWSKI. *Medycyna*, n° 9, du 7 mai 1936.

Chez une fillette de 14 ans, dont le tableau clinique compliqué comprenait des phénomènes divers de somnambulisme épisodique à caractères pithiatiques, d'accès narcoleptiques, de troubles de nature spasmodique tels que tics des yeux, du cou, des genoux, les auteurs ont constaté depuis un an l'installation d'hypercinésies strictement localisées à la ceinture scapulaire. Cette manifestation prend un caractère dominant et se présente sous l'aspect d'un spasme moteur et dystonique. Du point de vue du diagnostic différentiel, les auteurs discutent la chorée, l'athétose et se prononcent en faveur du spasme de torsion pour lequel ils proposent le terme de « tortiscapula spasmodica ».

FRIBOURG-BLANC.

Contribution au problème des rapports des lésions pallidales et cérébelleuses avec le syndrome des mouvements rotatoires autour de l'axe du corps (Zur Frage der Beziehungen von Pallidum und Kleinhirnläsionen zum Syndrom der Drehbewegungen um die Körperachse), par L. V. BOGAERT et H. J. SCHERER (d'Anvers). *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 93, 3, 1936.

Des mouvements de rotation autour de l'axe du corps ont été observés chez un sujet atteint de lésions du pallidum et du corps de Luys, ils étaient

dirigés vers le côté opposé à la lésion ; dans un autre cas avec lésions cérébelleuses, ils étaient dirigés vers le côté de la lésion. Il ne s'agit pas, évidemment, de troubles directement produits par les lésions en question, mais probablement de manifestations dues à la libération d'un appareil tonigène contrôlé par les centres lésés.

E. BAUER.

Sur la pseudo-sclérose de Westphal, par Ludo Van BOGAERT. *Bulletin de l'Académie Royale de Médecine de Belgique*, T. I, VI^e série, 1936, n° 8.

Présentation anatomo-clinique d'un cas de pseudo-sclérose de Westphal pouvant être considérée comme le premier cas vérifié, publié jusqu'à ce jour en Belgique. L'observation est détaillée ; l'évolution, l'histoire familiale sont complètes. Partisan d'une conception uniciste de toutes les dégénérescences lenticulaires, l'auteur insiste chemin faisant sur les points qui militent en faveur de cette théorie.

M. LECONTE.

Contribution à la pathogénie et à l'hérédobiologie de la dystrophie musculaire progressive (Zur Pathogenese und Erbbiologie der progressiven Muskel dystrophie), par A. ROTTMANN (de Vienne). *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 93, 6, 1936.

L'étude clinique et histologique de trois cas de dystrophie musculaire progressive, appartenant à des formes cliniques différentes, amène l'auteur à conclure à l'existence d'un processus toxique irritatif et de lésions du système autonome notamment au niveau de ses centres médullaires et mésocéphaliques. La consanguinité des parents et l'alcoolisme parental semblent constituer des facteurs blastophtoriques importants ; l'hérédité suit des modes variables, tantôt dominant, tantôt monomère-récessif, tantôt récessif unisexual.

E. BAUER.

Myélose tuberculotoxique bénigne, par W. STERLING et M. WOLFF. *Medycyna*, n° 20 du 21 octobre 1936.

Les auteurs rapportent deux observations exactement superposables de myélite discrète et transitoire apparue chez deux malades tuberculeuses, traitées par pneumothorax artificiel. Cette myélite se caractérisait par une parésie des membres inférieurs, des paresthésies et des troubles sphinctériens. La nature organique de cette myélite était authentifiée par tous les signes pyramidaux classiques. Cette atteinte médullaire dura environ six semaines et régressa jusqu'à guérison complète, sans laisser de trace. Les auteurs éliminent le diagnostic de mal de Pott (absence de lésion osseuse à la radiographie, ainsi que de tout signe de compression par pachiménigite). Ils éliminent aussi l'hypothèse d'une poussée aiguë de sclérose en plaques, les formes de cette maladie à type de myélite aiguë se terminant toujours par la mort. Vu l'absence de symptômes inflammatoires dans ce processus morbide, les auteurs le désignent sous le nom de « myélose ». Vu la guérison complète, ils proposent le nom de myélose bénigne, s'opposant à la myélose funiculaire dont le pronostic neurologique est toujours défavorable. Vu enfin la connexion de la maladie avec le processus tuber-

culeux, ils complètent la terminologie par la désignation : « tuberculotoxique ». Ils attirent l'attention sur la bénignité des processus tuberculotoxiques, contrairement au processus tuberculeux *sensu strictiori* et sur l'analogie des cas analysés avec les autres formes tuberculotoxiques du système nerveux central (méningite séreuse tuberculotoxique).

FRIBOURG-BLANC.

BIOLOGIE

L'étude des asymétries végétatives comme méthode clinico-expérimentale pour résoudre le problème des fonctions nutritives du système nerveux végétatif, par le professeur D. E. ALPERN et V. V. TCHERNIKOF. *Travaux de l'Académie Psychoneurologique Ukrainienne*, T. II, 1935.

Sur un matériel de 50 malades présentant des asymétries végétatives, les auteurs étudient le rôle du système nerveux neuro-végétatif et spécialement du sympathique, dans le métabolisme des tissus. L'étude comparativement faite dans les régions symétriques des extrémités sur le sang et l'exsudat des pustules provoquées par l'application d'emplâtres cantharidiens, prouve une asymétrie biochimique dans la teneur en sucre, en électrolytes et en lipoides. Il semble que le système nerveux végétatif joue un rôle prépondérant sur le chimisme des tissus. Généralement, à l'exagération de la fonction du sympathique correspondent les réactions plus faibles. Cependant, il existe des faits qui démontrent que les changements provoqués dans les processus tissulaires par des phénomènes végétatifs influencent les zones régionales du système végétatif, qui envoie à la périphérie des impulsions d'intensité variable.

FRIBOURG-BLANC.

Contribution à l'étude de la géno-cutiréaction. La question des centres végétatifs encéphaliques (Contributo allo studio della geno-cutireazione. La questione dei centri vegetativi encefalici), par Giorgio SANDOR (de Bologne). *Weopsichiatria*, p. 337 à 378, novembre-décembre 1935.

Ce travail a été fait dans le service du professeur Ceni. Il a pour but d'étudier la géno-cutiréaction (extraits glandulaires sexuels) au cours de divers syndromes neurologiques unilatéraux par comparaison au côté sain. Il résulte des recherches méthodiques de Sandor que la géno-cutiréaction est une réaction allergique où la composante neuro-végétative joue un rôle considérable ainsi d'ailleurs que l'écorce cérébrale. Il ne s'agit pas d'un phénomène purement humoral, mais neuro-humoral.

Henri Ey.

Etudes sur le mécanisme de la subordination nerveuse, par W. S. HOLOBUT. *Polska Gazeta Lekarska*, T. XV, n° 31 du 2 août 1936.

L'auteur étudie sur les grenouilles le mécanisme de la subordination motrice (chronaximétrique). Les expériences sont faites sur les grenouilles dont le système nerveux central est intact ou extirpé. La section des racines postérieures détermine l'abaissement de la subordination se traduisant par l'augmentation de l'indice chronaximétrique. Le phénomène se passe sur

deux plans différents de subordination cérébrale et de subordination médullaire. Chez les animaux décérébrés, il existe également deux éléments constitutifs d'excitabilité de subordination cérébrale et médullaire. L'auteur suppose que, chez l'animal normal dont le système nerveux est conservé intégralement, il existe une subordination dont l'élément cérébral occupe le premier plan. Les réactions portent le caractère cérébral se traduisant par une grande instabilité et variabilité de la valeur chronaximétrique. Lorsqu'on sectionne les racines postérieures, l'élément médullaire prédomine et on observe alors, en dehors de la diminution de la subordination, une valeur plus stable des chronaxies. Le type médullaire de la subordination est encore plus apparent chez les grenouilles décérébrées et la section des racines postérieures entraîne alors une diminution plus accentuée de la subordination exclusivement médullaire.

FRIBOURG-BLANC.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Hérédité et Epilepsie (Erbanlage und Epilepsie), par Klaus CONRAD (Munich). *Zeitsch. f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1935, Tome 153, p. 271 à 326.

Travail considérable provenant de l'Institut de Généalogie et de Démographie que dirige E. Rüdin et portant sur 258 paires de jumeaux, dont l'étude s'ajoute aux 208 couples gemellaires publiés par Luxemburger, Strössler, Schulte et Rosanoff. La gemellité paraît constituer, en moyenne, un facteur étiologique important d'épilepsie. Soit que cette action de la gemellité doive être considérée comme une action exogène (le même processus étiologique comme la syphilis causant la gemellité et l'épilepsie), soit qu'elle se présente comme une action endogène (le fait biologique de la gemellité entraînent une prédisposition à l'épilepsie). Il résulte d'une enquête portant sur 14.243 épileptiques, que la gemellité était incertaine dans 1.682 cas, absente dans 12.303 cas et certaine dans le sens positif dans 258 cas. Sur ces 258 cas, il y a eu 30 univitellins, 134 bivitellins, et 94 dont un des jumeaux est mort en bas-âge. Sur les 30 univitellins, il y avait 22 épilepsies essentielles (dont 5 cas d'arriération) et 8 cas d'épilepsie symptomatique. Sur les 134 bivitellins, il y avait 99 épilepsies essentielles pour 35 épilepsies symptomatiques. Sur les 94 autres, il y a eu 69 épilepsies essentielles pour 25 épilepsies symptomatiques. De l'ensemble de ce travail, comportant de multiples tableaux et statistiques, il résulte que les relations entre la polyovulation et l'épilepsie paraissent importantes, notamment dans l'épilepsie essentielle.

Henri Ey.

Hérédité des toxicomanes. Toxicomanie combinée (Zur Erbanlage der Süchtigen Kombinierte Süchtigkeit), par O. WUTH (Krenzbürgen). *Zeitsch. f. d. ges. Neuro. und Psych.*, 1935, Tome 153, p. 495 à 505.

L'auteur étudie les antécédents parentaux et collatéraux des alcooliques et morphinomanes, comme l'avait fait Pohlich (1934). Sur un total de 100 morphinomanes (67 hommes et 33 femmes), dont 22 étaient alcooliques (15 hommes et 7 femmes) et 25 cocaïnomanes (22 hommes et 3 femmes), l'auteur a trouvé parmi les frères et sœurs (255) 6 morphinomanes, 11 alcoo-

liques et 3 cocaïnomanes, parmi les parents (156), 5 morphinomanes, 95 alcooliques, 1 cocaïnomanes, parmi les grands-parents (172), 3 alcooliques.

Henri Ex.

Les lois de l'hérédité en médecine et leur rapport avec la loi de stérilisation, par M^{me} H. HIRSZFELD. *Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, T. XIII, n° 8, du 27 février 1936, pp. 134-141.

L'auteur rappelle les lois de l'hérédité et la part qui revient aux facteurs extérieurs ou constitutionnels chez les porteurs sains de gènes latents. En se servant des calculs de Johannsen, l'auteur constate que la moitié de la population est constituée par les porteurs de gènes de maladies comportant l'indication de la stérilisation. Le même calcul permet d'évaluer le nombre de générations qu'il faut pour voir disparaître certaines maladies. Ainsi il faudrait 50 générations (environ 1.000 ans) pour voir diminuer la fréquence de la psychose maniaco-dépressive de quatre fois. Ce calcul condamne l'efficacité de l'action sociale de la loi de stérilisation.

FRIBOURG-BLANC.

La famille AB (Der Familie AB), par G.-P. PRETS (Rotterdam). *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1935, Tome 152, p. 98 à 106.

Après celui de la famille AA, l'auteur publie un nouvel arbre généalogique comportant 7 générations avec mariages consanguins (en tout 135 parents). 1^{re} génération, peu de renseignements. — 2^e génération, une mélancolique et un enfant anormal. — 3^e génération, un mélancolique (fille de la précédente). — 4^e génération, une dizaine de déséquilibrés. — 5^e génération, 1 enfant anormal, 1 imbécile, 3 aliénés (?) dont une atteinte de myélite syphilitique). — 6^e génération, 3 déséquilibrés. — 7^e génération (très jeune), enfants normaux.

Henri Ex.

Analyse génétique et clinique du syndrome de torsion (Genetische und klinische Analyse des Torsions syndroms), par J. A. B ILIN (Minsk). *Zeitschr. f. d. ges. Neuro. und Psych.*, 1935, tome CLII, p. 126 à 144.

Observation de deux cas de syndromes dystonique de torsion avec tableau généalogique. Il y a lieu de séparer la dystonie de torsion héréditaire des maladies de Wilson et de Westphal-Strumpell. Elle apparaît vers l'âge scolaire. Elle paraît se transmettre selon un mode récessif. Il y a lieu de noter dans la généalogie exposée les cas d'épilepsie et de spasmophilie.

Henri Ex.

ASSISTANCE

De la formation du personnel des asiles d'aliénés en Suisse, par W. MORGENTHAUER. *Journal Suisse de Médecine*, n° 29, 1936.

L'enseignement professionnel du personnel infirmier psychiatrique est organisé en Suisse d'après un plan uniforme, sous le contrôle de la Société Suisse de Psychiatrie, qui surveille également les examens d'aptitude au diplôme. A la fin de 1934, sur les 49 établissements publics et privés exis-

tants, 27 avaient institué des cours et des examens réguliers. L'auteur donne des suggestions quant à l'extension et à l'approfondissement de l'enseignement des infirmiers, et il réclame notamment la création d'une école professionnelle qui, annexée à un asile, ne causerait qu'un minimum de dépenses.

E. BAUER.

Quelques observations sur les organisations psychiatriques de la Transylvanie, par G. PREDA. *Bulletin de l'Hôpital des Maladies mentales et nerveuses*. Sibiu (Roumanie), p. 112-117, 1935.

Il existe en Transylvanie des hôpitaux d'internement et de soins, une assistance familiale (Diciosânmartin) et un début d'organisation d'hygiène et de prophylaxie mentales au dispensaire psychiatrique de Sibiu. 2.000 malades sur 6.000 environ sont assistés par ces moyens. Il existe en outre une société privée. L'auteur demande que l'organisation du centre de Sibiu, qui est son œuvre, soit réalisée en d'autres points de la province avec les mêmes moyens techniques modernes.

P. CARRETTE.

De l'orientation moderne d'une clinique psychiatrique universitaire suisse, par le Prof. Jacob KLAESI (de Berne-Waldau). *Journal Suisse de Médecine*, n° 29, 1936.

Ce qui imprime leur caractère spécial aux cliniques psychiatriques suisses, c'est leur fonctionnement comme asiles cantonaux avec toute l'organisation médicale et administrative que comporte l'existence des services de chroniques. Il en résulte d'incalculables avantages pour l'enseignement des étudiants et pour la formation des futurs spécialistes. Mais ces avantages n'atteignent leur maximum qu'à condition d'une stricte séparation des aigus et des chroniques, telle qu'elle a été réalisée à la clinique bernoise de Waldau, par l'auteur lui-même.

E. BAUER.

L'assistance à l'enfance anormale, par Eug. MINKOWSKI (*La Prophylaxie Mentale*, 10^e année, n° 41, p. 41, avril-décembre 1935).

L'assistance à l'enfance déficiente n'est pas uniquement un problème médical ; elle comporte des côtés pédagogiques et sociaux. La collaboration nécessaire des institutions avec les personnes compétentes doit s'exercer dans un esprit de généreuse compréhension et ne pas se tenir à des doctrines trop catégoriques. C'est ainsi qu'en ce qui concerne les « enfants difficiles », en dehors des cas extrêmes la séparation du milieu familial ne s'impose pas toujours. Minkowski considère de façon nuancée ce « tout » vivant que constitue la famille, au sein de laquelle on a peut-être tort d'opposer enfants et parents, et où l'enfant doit, pour son développement, rencontrer tout autant d'indispensables « difficultés » que de prétendues « facilités ».

Les enquêtes sociales et scolaires, les groupements où l'on développe « l'esprit scout », les institutions et les dispensaires spécialisés, concourent à cette œuvre d'assistance, à laquelle le *médecin de famille* ne nous semble pas convié.

J. DELMOND.

MÉDECINE LÉGALE

Délinquance et criminalité de l'enfance, par Paul VERVAECK (*Revue de Droit pénal et de Criminologie*, nos 6, 7 et 8, juin, juillet, août 1936).

Malgré de méritoires efforts, l'assistance aux enfants délinquants est loin d'avoir atteint son organisation idéale et la prophylaxie de la criminalité son maximum d'efficacité. Sans doute, les controverses ne sont pas épuisées sur la part respective des facteurs biologiques et des contingences familiales et sociales, ni sur les limites que l'on peut raisonnablement assigner à l'action rééducative. Cependant l'examen médical et psychologique du mineur est un élément essentiel de cette documentation. A côté de son intérêt scientifique, il est la base même de la collaboration du psychiatre à l'œuvre rééducative ; mais le médecin ne peut s'y borner ; il doit assumer et revendiquer sa part dans le traitement ultérieur de l'enfant délinquant. Il l'exercera dans l'internat, où il guidera le redressement des cas graves, comme au dispensaire, où lui seront présentés régulièrement, par leurs délégués, les mineurs chez qui il surveillera l'exécution des directives prescrites.

Le rôle du psychiatre dans l'action prophylactique est au moins aussi important : examen et dépistage des enfants tarés, traitement précoce de ceux qui révèlent à l'école ou en famille des anomalies graves ou bénignes, susceptibles de troubler leur évolution psychologique et leur adaptation sociale.

Des connaissances étendues de psychologie et de pédagogie sont indispensables ; la collaboration de visiteuses sociales est nécessaire, tant lors des investigations préalables qu'au cours de l'action rééducative, mais il appartient au psychiatre de former et de diriger ces auxiliaires. De plus en plus la psychiatrie est devenue une activité sociale.

Cette action s'exercera par des consultations externes créées en annexe aux services d'observation pour mineurs délinquants. Mais de tels services ne peuvent suffire à la tâche : les cliniques psychologiques doivent être plus nombreuses ; elles constituent une des initiatives les plus fructueuses du dispensaire d'hygiène mentale, ce centre par excellence de la psychiatrie sociale.

LAUZIER.

Etude sur la médico-psychologie légale et sociale du vagabondage des garçons, par J. ROUBINOVITH, médecin aliéniste honoraire des Hôpitaux de Paris et M^{lle} B. BUGNION, diplômée de l'institut J.-J. Rousseau de Genève. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 21 juillet 1936.

Le plus fréquent des actes de la délinquance infantile, il est à l'origine d'écarts graves de conduite ou de criminalité. L'étude des auteurs porte sur 41 garçons, de 15 ans en moyenne. L'enquête sociale a montré dans 30 cas un milieu familial défavorable, dans 24 cas, des parents tarés et un apprentissage nul. L'examen psychologique et d'orientation professionnelle montre une intelligence inférieure à la normale dans 85 % des cas.

Les auteurs concluent : que le vagabond n'est pas né tel, la faute étant imputable trois fois sur quatre au milieu ; qu'il faut distinguer pour la conduite à tenir : pervers et non pervers et surtout : les enfants d'intelligence normale, les débiles perfectibles et les grands débiles.

M. LECONTE.

De l'engagement en temps de paix des pervers instinctifs dans l'armée métropolitaine, par M. POMMÉ (B. F. L.), médecin-commandant, professeur agrégé du Val-de-Grâce. *Ar hives de Médecine et de pharmacie militaires*, T. CIII, n° 1, juillet 1935.

Des modifications ont été apportées à la question des pervers instinctifs dans l'armée grâce à la réglementation nouvelle des engagements qui a été suivie d'un heureux effet. Depuis le 9 juillet 1932 on se préoccupe des antécédents du candidat autres que les condamnations. Le casier judiciaire n'est pas le seul critère. Une enquête de police est faite et la décision du commandant est souveraine. En avril 1934, l'institution de l'engagement provisoire a également apporté de profonds changements.

L'auteur envisage cette question aux points de vue militaire, administratif principalement, mais également au point de vue social. Un addendum d'ordre pratique comprenant l'énoncé des dispositions essentielles de la loi à cet égard, les modèles des différents bulletins, formules de demande d'engagement ou d'enquête accompagne l'exposé de la question.

M. LECONTE.

Le choix de la mesure à prendre pour la rééducation des mineurs délinquants, par le Dr J. DUBLINEAU, ancien chef de clinique neuro-psychiatrique infantile à la Faculté de Médecine de Paris, médecin-chef de l'Institut médico-pédagogique d'Armentières et du Centre régional de rééducation des mineurs délinquants. *La Provence médico-chirurgicale*, juin 1936.

Ce choix est délicat ; il devra être basé plus sur le délinquant et son milieu que sur le délit lui-même. D'où l'intérêt des centres d'observation et de triage.

L'acquittement est indiqué en présence d'un enfant psychologiquement normal, à son premier délit, placé en milieu favorable. La liberté surveillée permet le contrôle de ce milieu ; la remise à une institution charitable, généralement en vue d'un placement familial après observation, a l'avantage de placer l'enfant dans un milieu plus favorable.

L'internat est souvent indiqué après échec des mesures précédentes. Il convient aux anormaux caractériels pervers ; il est indiqué de séparer les sujets amendables des autres.

Enfin restent les délinquants atteints de troubles somatiques (tuberculose en particulier) auxquels conviendraient des établissements spéciaux.

En terminant, l'auteur déplore l'insuffisance de surveillance médicale de ces mineurs tant après qu'avant jugement.

S. LECONTE.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de JUIN de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 10 juin 1937*, à 9 h. 30 *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté de Médecine.

La *séance ordinaire* du mois de juin de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 juin 1937*, à 4 heures *très précises*, au siège de l'Académie de Chirurgie, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de JUILLET de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 8 juillet 1937*, à 9 h. 30, *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

Séances du lundi 26 juillet 1937 et Dîner annuel de la Société.

A l'occasion de la présence à Paris de nombreux membres correspondants nationaux ou associés étrangers de la Société, il sera tenu le *lundi 26 juillet* deux séances au lieu d'une.

La *première séance*, à 9 heures 15, sera consacrée à la discussion des *Rapports de l'hystérie avec la schizophrénie*. — Rapporteur : M. le Professeur Henri CLAUDE.

La *deuxième séance* commencera à 3 heures de l'après-midi. Elle sera consacrée à l'étude des *Troubles endocriniens dans les états d'excitation* (Rapporteur : M. le D^r J. TUSQUES), et à des *communications diverses*.

Ces deux séances se tiendront au siège de la Société (Académie de Chirurgie, 12, rue de Seine, Paris, VI^e arrondissement).

Pour prendre part à la *discussion* des questions mises à l'ordre du jour, ou pour présenter des *communications*, s'inscrire auprès du D^r Paul COURBON, *Secrétaire général*, Médecin-Chef à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e arrondissement).

Le *dîner annuel* de la Société Médico-psychologique aura lieu le même jour à 20 heures. Les *membres associés étrangers* présents aux séances seront cordialement invités à ce dîner.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Concours de Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques

Le Jury de ce Concours est composé de M. le Dr DEQUIDT, inspecteur général des Services administratifs, *président*, et de MM. LÉVY-VALENSI, LATAPIE, Fr. ADAM, DEMAY, GOURIOU et BEAUSSART ; suppléants : MM. BROUSSEAU et CAMUS.

Les épreuves commenceront à Paris, au Ministère de la Santé publique, le lundi 7 juin 1937.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

XVI^e Réunion Neurologique internationale annuelle

PROGRAMME MODIFIÉ

La XVI^e Réunion Neurologique Internationale (Congrès International de langue française) se tiendra à Paris du jeudi 8 juillet au samedi 10 juillet 1937.

La séance d'ouverture aura lieu le jeudi 8 juillet à 9 h. 30, à la Faculté de Médecine, sous la Présidence de M. le Professeur ROUSSY, Doyen de la Faculté de Médecine de Paris. Les séances ultérieures se tiendront à la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital (Amphithéâtre de l'Ecole des Infirmières), sous la Présidence de M. le Professeur BARRÉ (de Strasbourg), Président de la Société de Neurologie.

Les séances auront lieu le matin de 9 h. à 12 h. et l'après-midi de 15 h. à 18 h.

La question suivante a été mise à l'étude : *La douleur en Neurologie*.

Il n'y aura pas de séance mensuelle de la Société de Neurologie en juillet.

Prière d'adresser les réponses aux invitations et les titres de communications au Secrétaire général : Dr CROUZON, 70 bis, Avenue d'Iéna, Paris, 16^e.

SOCIÉTÉS

Société Brésilienne de Neurologie, Psychiatrie et Médecine légale (fondée en 1907)

BUREAU POUR 1937-1938

Président général : Antonio AUSTREGESILLO.

Secrétaire général : Heitor PÉRES.

Trésorier : Januario BITTENCOURT.

Bibliothécaire : Alice MARQUES DOS SANTOS.

Directeur des Archives : Adanto BOTELHO.

Section de Psychiatrie

Président : Henrique RÔXO.

1^{er} Secrétaire : Cincinato MAGALHÃES FREITAS.

Section de Neurologie

Président : Odilon GALOTI.

1^{er} Secrétaire : Eurydice BORGES FORTES.

Section de Médecine légale

Président : Heios CARRILHO.

1^{er} Secrétaire : Bourguay de MENDONÇA.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Proposition de loi ayant pour objet de prévenir des délits et des crimes, par des mesures d'hygiène mentale et de prophylaxie criminelle, déposée par M. Louis Rollin, député

PROPOSITION DE LOI

ARTICLE PREMIER. — Il est créé, dans le ressort de chaque Cour d'Appel, un Service médico-psychiatrique chargé de l'hygiène mentale et de la prophylaxie criminelle.

ART. 2. — Toute personne atteinte de tares physiologiques ou de désordres mentaux autres que ceux visés par la loi de 1838 sur le régime des aliénés et de nature à l'entraîner à des actes criminels ou délictueux, sera, soit sur sa demande, soit à la requête de ses parents ou tuteurs ou du Procureur de la République du lieu de sa résidence, soumise à un examen médico-psychiatrique.

ART. 3. — Dans le cas où elle se refuserait à cet examen, elle pourra, sur réquisition du Parquet, faire l'objet d'un mandat d'amener.

ART. 4. — Le rapport établi à la suite de l'examen médico-psychiatrique sera, par les soins du Procureur de la République près le Tribunal du domicile de l'intéressé, transmis au Président du dit Tribunal.

ART. 5. — Celui-ci convoquera l'intéressé en Chambre du Conseil et, après l'avoir entendu ainsi que ses Conseils, et après les conclusions du Procureur de la République, prendra, s'il y a lieu, toutes mesures nécessitées par son état. Il pourra, soit le laisser en liberté sous le contrôle du Service médico-psychiatrique, soit prescrire son hospitalisation en vue d'un traitement approprié.

ART. 6. — L'ordonnance du Président prescrivant ces mesures pourra toujours être révisée ; elle sera susceptible d'appel.

ART. 7. — Les mêmes mesures devront être prises à l'égard d'individus qui, à la suite de faits criminels ou délictueux, auront bénéficié soit d'un non-lieu, soit d'un acquittement, soit du sursis, en raison de l'excuse d'irresponsabilité ou d'atténuation de responsabilité trouvée dans leurs tares physiologiques ou mentales.

ART. 8. — Un règlement d'administration publique déterminera la composition et le fonctionnement du Service médico-psychiatrique, ainsi que les conditions d'application de la présente loi.

UNIVERSITE DE COPENHAGUE

Nécrologie

M. le Professeur Auguste WIMMER, professeur de Clinique psychiatrique à la Faculté de Médecine de l'Université de Copenhague.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

SOMMAIRE DU N° 1 (tome I), JANVIER 1937

MÉMOIRES ORIGINAUX

G. HALBERSTADT. — Contribution à l'étude des états chroniques de la psychose maniaque dépressive.....	1
G. DAUMÉZON. — Le délire d'intermétamorphose. Variété d'illusions de sosie et de Frigoli.....	19
J. HAMEL et R. BUISSON. — Valeur thérapeutique de la cholestérine, son emploi en milieu asilaire.....	27

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Liste des Présidents, Secrétaires généraux et Trésoriers de la Société Médico-Psychologique (1852-1937)	40
Bureau pour 1937	42
Liste des membres	42

Séance du jeudi 14 janvier 1937

R. ANGLADE, M. ROUGEAN et J. FERRET. — Paralyse générale et psychose maniaque dépressive	62
--	----

(Suite du sommaire, page II).

MAISON DE SANTÉ

:- D'IVRY-SUR-SEINE :-

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

MALADIES MENTALES & NERVEUSES

NOMBREUX PAVILLONS
DANS UN PARC DE 12 HECTARES

Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS

Séance du lundi 25 janvier 1937

Ach. DELMAS. — Cyclothymie infantile	71
P. COURBON et J. CHAPOULAUD. — Méiopragie psychique intermittente	76
G. FERDIÈRE et G. DAUMÉZON. — Syndrome catatonique puerpéral avec aréflexie	82
L. MARCHAND, Y. LONGUET et L. ANGLADE. — Hyperalbuminose chez un hétérophrénique	86
L. MARCHAND et G. DEMAY. — Syndrome parkinsonien encéphalitique chez une syphilitique. Considérations anatomo-pathologiques	89
L. MARCHAND, M. BRISSOT et P. DELSUC. — Evolution progressive d'une paralysie générale infantile malgré un traitement stovarsolique intense chez un hérédo-syphilitique traité dès la naissance. — Considérations anatomo-pathologiques	93

Allocution de M. Cl. Vurpas, président sortant	100
Allocution de M. René Charpentier, président	105
Adoption du procès-verbal	107
Correspondance	107
Commissions des Prix	107
Election de trois membres titulaires	108
Déclaration de vacances de 3 places de membres titulaires	108
Ordre du jour des séances du lundi 26 juillet 1937	108
Livres et brochures déposés dans les Archives de la Société	109
J. TUSQUES et Ch. FEUILLET. — Troubles psychiques et chorée de Huntington	109
J. TUSQUES et G. FERDIÈRE. — Syndrome d'action extérieure érotomaniaque	114

(Suite du sommaire, page IV).

CHATEAU

DIRECTEUR : Dr Gaston MAILLARD
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière
Médecin-adjoint : Dr Charles GRIMBERT

— MAISON DE SANTÉ MODERNE —
POUR DAMES ET JEUNES FILLES



L'HAY-LES-ROSES

INSTALLATION
DE
premier ordre
Notice sur demande
2, rue Dispan

L'HAY-
LES-ROSES
(SEINE)
TÉLÉPHONE : 5

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX
— CURES DE DÉSINTOXICATION —
— DE REPOS ET DE RÉGIMES —

CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison
de Santé
de Repos
de Régimes



FONDÉE PAR

M. le Dr MAGNAN

Membre de
l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

Dr FILLASSIER O. *  Dr DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

- E. BAUER, G. MARQUET et P. LARRIVE. — Effets du traitement insulínique selon la méthode de Sakel dans les états d'inhibition ... 118
- Fr. ADAM et Ot. HANSCH. — Mort rapide après alimentation à la sonde par rupture de coronaire chez un athéromateux 129
- J. AJURIAGUERRA et J. ROYER. — Psychopolynévrite aiguë chez une alcoolique chronique. Tableau clinique rappelant le béri-béri 134
- H. BARUK, AUBIN et SCHMITE. — Crises nerveuses d'apparence névropathique dans un cas d'arachnoïdite 140
- G. d'HEUCQUEVILLE et P. LEGRY. — Statistique des services de Doulon et la Villetertre : la formule hospitalière en neuro-psychiatrie infantile 145
- G. d'HEUCQUEVILLE et Ch. LECLERCQ. — Contribution à la biologie du brome encéphalique (hormones sédatives) : expérimentation physiologique et clinique du dibromocholestérol 153

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du 7 janvier 1937

- LHERMITTE et DUCOSTÉ. — Apparition d'un syndrome bulbaire avec troubles du schéma corporel consécutif à une commotion violente. Rôle des lésions vestibulaires 166
- ALQUIER. — Contribution à l'étude des douleurs en dehors de toute lésion neurologique... 167
- LHERMITTE, THIBAUT, DE AJURIAGUERRA. — Les lésions encéphaliques de l'électrocution. 167
- MONIER-VINARD et HARTMANN. — Deux cas de syndrome d'Adie 168

(Suite du sommaire page VI).

MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

8, Avenue du 11 Novembre -:- Observatoire 10-62

MÉDECIN-DIRECTEUR : D^r BUSSARD
MÉDECIN ASSISTANT : D^r Paul CARRETTE

❖
Maladies
du
Système
nerveux
et de la
Nutrition
❖



Psycho-
névroses
❖
Intoxica-
tions
❖
Convales-
cences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne, éclairage électrique, eau courante chaude et froide dans les chambres, chauffage central.

VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

Cures de désintoxication

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



*12 chalets pourvus du confort moderne
disséminés dans un parc de 5 hectares.
Chambres ou appartements à plusieurs pièces*

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins
qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS

Médecin assistant : Docteur LECLERCQ

Téléphone : LE VESINET 12

Th. ALAJOUANINE et MORAX. — Pupillotonie dans un cas de sclérodémie	168
J. LHERMITTE et J. MOUZON. — Un type particulièrement tardif et aberrant de la maladie de Charcot-Marie	168

DAVID. — Hypertension paroxystique au cours d'une intervention sur la fosse cérébrale postérieure	168
PETIT-DUTAILLIS et SCHMIDT. — Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux opérée en deux temps avec succès	168

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Histoire de la psychiatrie.

Hélène BONNAFOUS-SÉRIEUX. — La Charité de Senlis. Une maison d'aliénés et de correctionnaires au XVIII ^e siècle	169
--	-----

Neuro-psychiatrie.

E. TCHEHRAZI. — Image de soi.....	171
F. PÉTRI. — L'interprétation non hallucinatoire	172

VARIÉTÉS

Société Médico-Psychologique :

Séances	173
Légion d'Honneur	173

Prix de la Société Médico-Psychologique :

Année 1938	173
Année 1939	174
Année 1940	174

(Suite du sommaire page VIII).

INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE VITRY-SUR-SEINE

Adresse : 22, rue Saint-Aubin, Vitry-sur-Seine (Seine). *Téléphone : Italie 06-96.* Renseignements à l'Etablissement ou 164, faubourg St-Honoré (VIII^e), chez le D^r Paul-Boncour. *Téléphone : Elysées 32-36.*

Affections traitées : Maison d'éducation et de traitement pour enfants et adolescents des deux sexes : retardés, nerveux, difficiles, etc.

Disposition : Pavillons séparés. Parc de 5 hectares.

Confort : Eau courante chaude et froide. Chauffage central.

Traitement : Hydrothérapie.

Directeurs : D^r Paul-Boncour, O. * et G. Albouy.

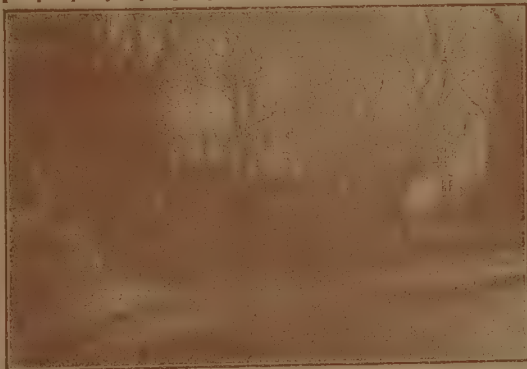


SAINT-REMY

CLINIQUE MÉDICALE

46, Boul. Carnot Tél. Régional 755 et 850

LE VÉSINET (S.-et-O.).



-- -- TRAITEMENT -- --
des affections du Système nerveux, des
intoxications et des maladies de la nutrition

Repos — Convalescences — Régimes
Electrothérapie. — — Hydrothérapie

Dans banlieue agréable, paisible et saine.
Très belle installation modèle, 6 pavillons séparés
- - dans un parc fleuri de 2 hectares - -

Chambres gaies, meublées avec goût, très confortables,
cabinets de toilette avec S. B. et W. C. privés.
Galeries ensoleillées. Terrain et salons de jeux.
- Excellente cuisine bourgeoise et de régimes - -

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

-- -- MÉDECIN-DIRECTEUR -- --
-- D^r P. ALLAMAGNY -- --

avec la collaboration du D^r VIGNAUD,
ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves
-- -- et d'un médecin assistant -- --

Asiles publics d'aliénés :

Légion d'Honneur	175
Nominations	175
Postes vacants	175
Conseil Supérieur de l'Assistance Publique	176

Réunions et Congrès :

Congrès des Aliénistes et Neurologistes de	
France et des pays de langue française	176
Réunion Neurologique Internationale.....	176

INFORMATIONS

XXI ^e Congrès de Médecine légale de langue française (Paris, 24-27 mai 1937)	X
I ^{er} Congrès International de Pyrétothérapie (Columbia University, New-York), (29, 30, 31 mars	

1937)	XVIII
Congrès des Sociétés des Sciences Médicales de l'Afrique du Nord (Alger, Pâques, 1937)	XXIV

CHATEAU DES COUDRAIES

Ancienne Institution d'Eaubonne (fondée en 1847)

Magnifique Parc de 5 hectares, adossé à la forêt de Sénart. Très belle vue sur la vallée de la Seine. Très grand confort. Eau courante, chaude et froide, dans toutes les chambres, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète. Rayons U. V. Jardinage. Horticulture. Potagers de 20.000 m². Tennis.



PRIX DE PENSION A PARTIR DE 900 FR. PAR MOIS

ÉTIOLLES (S.-&-O.)

ENFANTS
ET JEUNES GENS
ARRIÉRÉS

Education et Traitement
des déficients intellectuels
à tous les degrés

DIRECTEURS
D^{rs} M. et J. de CHABERT

de 2 à 5 heures
sauf jeudis et dimanches
25 km. de PARIS
gare Evry-Petit-Bourg (P.-L.-M.)
Arrêt des autocars Citroën
27 - 28 - 29 : Dép. de Paris,
pl. Denfert-Rochereau
Tél. Corbeil 226

DIVONNE-LES-BAINS

OUVERT
TOUTE
L'ANNÉE

Altitude 519 m. (Genève 16 km.) — AIN

LA GRANDE STATION FRANÇAISE DE REPOS
-- -- dans un parc de 100 hectares -- --

==== Indication spéciale de cure pour : ====
les troubles fonctionnels du SYSTÈME NERVEUX et des
MALADIES DE LA NUTRITION qui s'y rattachent
les maladies organiques du TUBE DIGESTIF et de la
==== NUTRITION =====

Dans le parc : Etablissement thermal

Hydrothérapie. Psychothérapie. Cures d'air, de repos,
d'exercices et de culture physique. Massothérapie. Elec-
trothérapie. Radiologie.

Dans le parc : Les Hôtels

HOTEL DU GOLF

Hôtel de grande classe, tous les appartements avec salle de
bains, w.-c., téléphone. Première réalisation hôtelière dans
la suppression des bruits.

HOTEL CHICAGO

Résidence de tout premier ordre.

LE GRAND HOTEL

Hôtel de premier ordre à prix modérés. Recommandé aux
familles.

LE PAVILLON DU GOLF

Grande terrasse avec vue splendide sur la chaîne des
Alpes. Son restaurant, ses spécialités régionales, ses thés
avec orchestre.

MAISON MÉDICALE DE RÉGIME

Sous contrôle d'un médecin spécialiste. Cuisine diététique.
Laboratoires d'analyses.

Distractions Tous les sports

Théâtre. Concerts. Cinéma. Parc pour enfants.

Golf 18 trous. Tennis. Promenades. Canotage (5 km.
du lac). Pêche à la truite.

Administrateur Directeur : I. TARTAKOWSKY

INFORMATIONS

**XXI^e CONGRES DE MEDECINE LEGALE
DE LANGUE FRANÇAISE
(Congrès International)
Paris, 24-27 mai 1937**

Le XXI^e Congrès International de Médecine Légale de langue française se tiendra à Paris les lundi 24, mardi 25, mercredi 26 et jeudi 27 mai 1937, sous la présidence de M. le D^r CROUZON, Membre de l'Académie de Médecine.

Vice-Présidents : M. le Professeur DIEZ (de Rome), M. le Professeur DE LAET (de Bruxelles), M. le Professeur LANDE (de Bordeaux), et M. le D^r DESCLAUX (de Nantes).

Secrétaires généraux : MM. les Professeurs agrégés PIÉDELIEVRE (de Paris), et MULLER (de Lille).

(A suivre, page d'annonces XII).



12, Boul. du Château -- NEUILLY-SUR-SEINE

Tél. : Maillot 20-92

CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE pour le traitement individuel des enfants présentant du retard intellectuel, de l'instabilité, de l'apathie, des troubles nerveux, des impotences fonctionnelles, sous la surveillance du D^r Suzanne SERIN.

Rééducation et traitement adapté à chaque cas. Personnel spécialisé. Atmosphère familiale. Grand jardin ensoleillé. Etablissement ouvert aux médecins qui peuvent continuer à suivre leurs malades. Ni contagieux, ni pervers, ni épileptiques.

Directrice : Madame P. BAYARD

LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près NYON (Suisse)

ETABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

CONFORT MODERNE

||||| Chambres seules ou appartements de une ou plusieurs pièces
-- -- Magnifique situation au bord du Léman -- --
-- A 22 km. de Genève sur la route de Lausanne --
||| Six villas disséminées dans un grand parc de 45 hectares |||



TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

ANALYSES PSYCHOLOGIQUES - CURES DE REPOS - RÉGIMES
SUGGESTION - RÉÉDUCATION - PHYSIOTHÉRAPIE

Traitement organothérapique avec contrôle biologique (Cures d'insuline, pyrothérapie, malariathérapie) — Laboratoire d'analyses — Rayons X

||||| -- -- Divers ateliers très bien installés -- --
Etudes et leçons particulières dans l'établissement
-- -- -- Sports d'été et sports d'hiver -- -- --
||| Trois tennis — Bains du lac — Equitation -- |||

Cinq médecins et un nombreux personnel spécialisés assurent le traitement

*Prix de pension variant suivant la nature du traitement
et le genre de l'installation choisie (à partir de Fr. suisses 25 par jour)*

DEMANDEZ PROSPECTUS A L'ADMINISTRATION

Adresse télégraphique :
RIVAPRANGINS NYON

||| Téléphones { Administration : Nyon 95.442
Service Médical : Nyon 95.441
(de préférence entre 11 heures et midi)

Médecins-chefs { D^r O.-L. FOREL, Privat-Docent à l'Université de Genève ;
D^r R. de SAUSSURE, Privat-Docent à l'Université de Genève.

XXI^e CONGRES DE MEDECINE LEGALE
DE LANGUE FRANÇAISE

(Congrès International)

Paris, 24-27 mai 1937

(Suite)

Les RAPPORTS suivants ont été mis à l'ordre du jour du Congrès :

1^o Médecine légale générale :

Les services que peuvent rendre à la Médecine légale les recherches biologiques sur le cadavre, par M. le Professeur PALMIERI.

L'examen histologique de l'utérus après avortement, par M. le D^r MELISSINOS (d'Athènes).

2^o Pathologie traumatique :

Basedow et traumatismes, par M. le Professeur BREMER et M. le D^r SLOSSE (de Bruxelles).

(A suivre, page d'annonces XIV).

CENTRE
MÉDICO - PSYCHOLOGIQUE
POUR ENFANTS

“ La Métairie ”

-- NYON (Vaud) -- SUISSE -- Tél. : Nyon 95.626 --



Traitement des troubles nerveux de l'enfance.
Action pédagogique combinée au traitement
médical. Individualisation de l'enseignement.
-- -- Séjours d'observation. -- --
Institut pathopsychologique spécialisé
pour examens et expertises neurologi-
-- -- ques et psychologiques. -- --
Consultations tous les jours. D^r Guillerey,
Médecin Directeur, D^r Duby, D^r Calame.
Médecin consultant : Professeur d'Université
D^r O. Loewenstein. -- -- -- --

MAISON DE SANTÉ

161, rue de Charonne -- PARIS-XI^e

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D^r CL. VURPAS

Médecin de La Salpêtrière

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

VILLA PENTHIÈVRE

Maison de Santé et de Convalescence

SCEAUX (Seine) Tél. 12

PSYCHOSES — NÉVROSES



MÉDECIN-DIRECTEUR : D^r BONHOMME, Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECINS ASSISTANTS : D^r CODET, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

XXI^e CONGRES DE MEDECINE LEGALE
DE LANGUE FRANÇAISE

(Congrès International)

Paris, 24-27 mai 1937

(Suite)

Rhumatismes et traumatismes, par M. le Professeur agrégé COSTE (de Paris).

3^e **Psychiatrie :**

Prophylaxie criminelle, par MM. les D^{rs} CEILLIER, SCHIFF et BADONNEL (de Paris).

4^e **Médecine sociale :**

La sélection professionnelle en matière de transports en commun, par M. le Professeur DIEZ (de Rome).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le D^r PIÉDELIÈVRE, 5, rue Cassini, Paris, et à M. le D^r MULLER, 14, rue de Friedland, à Lille.

(A suivre, page d'annonces XVIII).

Ecole du Docteur Henriette Hoffer

ETABLISSEMENT PSYCHO-MÉDICO-PÉDAGOGIQUE
POUR ENFANTS INAPTES A SUIVRE LES CLASSES NORMALES

(ENFANTS RETARDÉS, DÉLICATS, SOURDS, PARLANT MAL)

Fondatrices : D^r H. HOFFER et Madame Anne-Marie BUSSEAU



« MONTCLAIR »

1, Grande Rue, BELLEVUE-MEUDON (Seine-&-Oise) - Téléph. : Observatoire 17-45

LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4

PARIS, 4^e Arr^t

AMIDAL

Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées

Deux à quatre cuillerées à café,
ou quatre à huit comprimés, dragées
ou cachets par jour

Entérites aiguës et chroniques.
Entéro colites. Dysenterie.
Toutes les Diarrhées.
La constipation spasmodique.

VITAMYL IRRADIÉ

Extrait concentré de vitamines A. B. et C.

Ergostérol irradié
Une cuillerée à café
avant chacun des trois repas.

Carences et Pré-carences.
Rachitisme.
Déméralisation.
Troubles de la Croissance

GÉNÉSÉRINE

OLONOVSKI et NITZBERG

Deux à trois granules ou dragées ou 20 à 30
gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule
injectable chaque jour pendant 10 jours.

Hypo-acidité gastrique.
Syndrome solaire.
Dyspepsie atonique.
Palpitations et Tachycardie
des cœurs nerveux.

GÉNATROPINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour,
entre les repas de préférence.
1 ampoule injectable par jour.

Hyperchlorydrie.
Spasmes digestifs — Vomissements.
Coliques — Diarrhées.

GÉNOSCOPOLAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour,
en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.

Maladie de Parkinson.
Syndromes post-encéphalitiques.
Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.

GÉNHYOSCYAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour
entre les repas de préférence.
1 ampoule par jour.

Spasmes digestifs.
Tremblements.
Syndromes parkinsoniens.
Sueurs des tuberculeux.

GÉNOSTRYCHINE

OLONOVSKI et NITZBERG

ou

Ampoules — Goutte — Granules

GÉNOSTHÉNIQUES

Cacodylate de Génostrychnine et de Gènesérine.
2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas.
1 ampoule injectable chaque jour.

Asthénie.
Neurasthénie — Surmenage.
Anémie — Convalescence.
Paralysies atoniques.

GENOMORPHINE

OLONOVSKI et NITZBERG

En comprimés dosés à 2 Ctgrs (2 à 3 fois
par jour) ou en ampoules injectables
dosées à 4 Ctgrs.

La Douleur.
L'Anxiété — l'Agitation.
Les Dyspnées spasmodiques.
La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

TRAITEMENT DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

PAR STOVARSOLTHÉRAPIE

STOVARSOL SODIQUE

4-ox-3-acétylamino-phényl-1-arsinate de sodium

**Traitement efficace pour un
pourcentage élevé des cas
même avancés**

INJECTIONS SOUS-CUTANÉES INDOLORES

PAR PYRETOTHÉRAPIE

DMELCOS

Stock-vaccin

Émulsion stabilisée de bacilles de Ducrey

**Tous les avantages de la
Malariathérapie
sans ses inconvénients
Action thermique réglable à volonté**
INJECTIONS INTRA-VEINEUSES

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

SPECIA

MARQUES "POULENC FRÈRES" ET "USINES DU RHONE"

21, RUE JEAN-GOUJON - PARIS-8^e

SOMMAIRE DU N° 1 (tome I), FÉVRIER 1937

MÉMOIRES ORIGINAUX

G. DE MORSIER. — Les syndromes psycho-anémiques.....	177
L. FROMENTY. — Utilitarisme et hystérie.....	192
M ^{lle} Madeleine DEROMBIES. — Le régime des aliénés criminels et délinquants en Angleterre et en Ecosse.....	202

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 11 février 1937

R. DUPOUY et M. LECONTE. — Conséquences
psychopathiques des mouvements sociaux
actuels 234

L. MARCHAND, Y. LONGUET et L. ANGLADE. —
Paralysie générale infantile. Hémiplegie
gauche avec contracture en flexion... 240

(Suite du sommaire, page II).

MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

8, Avenue du 11 Novembre —:— Observatoire 10-62

MÉDECIN-DIRECTEUR : D^r BUSSARD

MÉDECIN ASSISTANT : D^r Paul CARRETTE

Maladies
du
Système
nerveux
et de la
Nutrition



Psycho-
névroses

Intoxica-
tions

Convales-
cences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne, éclairage électrique, eau courante chaude et froide dans les chambres, chauffage central.

L. MARCHAND, Y. LONGUET et L. ANGLADE. — Un cas de paralysie générale survenu 3 ans 1/2 après le chancre	243	J. CAPGRAS et J. DAUMÉZON. — Délires aigus primitifs, secondaires et intercurrents	271
M. MIGNOT et Mlle LACASSAGNE. — Syndrome de Cotard chez une jeune fille de 20 ans. Guérison	246	M. BRISSOT et J. MAILLEFER. — Catatonie pure chez un enfant de seize ans	279
<i>Séance du lundi 22 février 1937</i>		J. DUBLINEAU. — Peut-on préciser les indi- cations de la sulfochrysothérapie dans les états à type schizophrénique ?	285
Adoption du procès-verbal	252	Th. SIMON et M. ROUGEAN. — Feuille d'exa- men physique	289
Correspondance	252	H. BARUK et Mlle Y. GÉVAUDAN. — La psy- chese périodique chez l'enfant. Formes pures et formes associées à la chorée et aux syndromes infundibulo-hypophysai- res	292
Election d'un membre correspondant na- tional	253	H. BARUK, P. FOUQUET, J. MATHEY et Mlle GÉ- VAUDAN. — Apoplexie gastrique après ali- mentation à la sonde. De quelques acci- dents neuro-végétatifs de l'alimentation artificielle	308
DUJARDIN et G. VERMEYLEN. — Cas de para- lytiques généraux à sérologie normale	253		
G. DEMAY et VEYRES. — Sur un cas mortel d'intoxication par le véronal	260		
X. et P. ABÉLY et BALATRE. — Note critique sur les méthodes de dosage du brome dans le sang	265		

(Suite du sommaire, page IV).

MAISON DE SANTÉ

— D'IVRY-SUR-SEINE —

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

MALADIES MENTALES & NERVEUSES

**NOMBREUX PAVILLONS
DANS UN PARC DE 12 HECTARES**

Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS

CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison
de Santé
de Repos
de Régimes



FONDÉE PAR
M. le D^r MAGNAN

Membre de
l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

HYDROTHERAPIE - ÉLECTROTHERAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

D^r FILLASSIER O. ✱ ❁ D^r DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du jeudi 4 février 1937

- J. LHERMITTE et AMAN-JEAN. — Hyperthermie et pithiatisme. — La fièvre du thermomètre 319
- O. CROUZON. — Coloration bleue des tympans dans l'Ostéopsytrose 319
- BÉHAGUE et MOTHON. — L'anopsie des aviateurs 319
- I. BERTRAND, BLANCHARD et P. SALLES. — Lipome du mésocéphale chez un cheval. — Oblitération de l'aqueduc de Sylvius et hydrocéphalie 320
- QUERCY et LACHAUD. — Comment se terminent les fibres névrogliques 320
- J. LHERMITTE. — Syndrome d'Adie, migraines,

- dyssymétrie faciale. — Traitement spécifique 320
- G. BOURGUIGNON et A. CHOURAQUI. — Chronaxies vestibulaires et neuro-musculaires dans un cas d'idiotie amaurotique infantile 321
- J. FROMENT et P. BUFFÉ. — Tumeur de la base du crâne, étudiée par stratigraphie 321
- MONIER-VINARD et BRUNEL. — Paralysie unilatérale des 10 nerfs craniens droits. — Syndrome de Garcin 321
- CLOVIS-VINCENT et DEREUX. — Gliome frontal gauche. Résection du lobe frontal. — Considérations physiologiques (Etat mental et épreuve de Delmas-Marsalet) 322
- PETIT-DUTAILLIS et SINGVALD. — A propos des accidents tardifs des traumatismes craniens 322

(Suite du sommaire page VI).

CHATEAU

DIRECTEUR: Dr Gaston MAILLARD
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière
Médecin-adjoint: Dr Charles GRIMBERT

— MAISON DE SANTÉ MODERNE —
POUR DAMES ET JEUNES FILLES



L'HAY-LES-ROSES

INSTALLATION
DE
premier ordre
Notice sur demande
2, rue Dispan
L'HAY-
LES-ROSES
(SEINE)
TÉLÉPHONE: 5

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX
- CURES DE DÉSINTOXICATION -
- DE REPOS ET DE RÉGIMES -

VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

Cures de désintoxication

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



*12 chalets pourvus du confort moderne
disséminés dans un parc de 5 hectares.*

Chambres ou appartements à plusieurs pièces

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins
qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS

Médecin assistant : Docteur LECLERCQ

Téléphone : LE VESINET 12

L. RIMBAUD, G. ANSELME-MARTIN et G. PARTI-
DES. — Le signe de Rossolimo. — Sa valeur
séméiologique 322

Th. ALAJOUANINE et Th. HORNET. — Le ramol-
lissement aigu de la moelle. Un cas anatomo-
clinique ayant évolué sous l'aspect d'une lésion
médullaire transverse chez une femme âgée
(artériod-scléreuse) 322

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 30 janvier 1937

Fr. NYSSSEN. — Le régime des aliénés dans quel-
ques pays d'Europe 323

DIVRY et EVRARD. — Catalepsie insulinaire ré-
glable chez la souris 324

CONREUR. — Paranoïa chez un intellectuel. 324

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Réunion commune de la Société Belge de Neurologie et de la Société Belge de Pédiatrie, le 30 janvier 1937.

L. van BOGAERT. — Introduction générale à l'étude
de l'encéphalite vaccinale 325

J. MAGE. — Encéphalo-myéélite vaccinale chez
un adulte. Présentation du malade 325

MEUNIER. — Cas personnels d'encéphalite vac-

cinale 326

DAGNELIE. — Encéphalopathie post-vaccinale.
Symptomatologie clinique. Séquelles 326

Van BOUWDIJK-BASTIAENSE. — Anatomie patho-
logique de l'encéphalite vaccinale 326

Van GEHUCHTEN. — Etude anatomo-clinique d'un
cas d'encéphalite vaccinale 327

KOKKEN. — Etude anatomo-clinique d'un cas
d'encéphalite vaccinale 327

(Suite du sommaire page VIII).

INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE VITRY-SUR-SEINE

Adresse : 22, rue Saint-Aubin, Vitry-sur-Seine (Seine). *Télé-
phone :* Italie 06-96. Renseignements à l'Etablissement ou
164, faubourg St-Honoré (VIII^e), chez le D^r Paul-Boncour.
Téléphone : Elysées 32-36.

Affections traitées : Maison d'éducation et de traitement pour
enfants et adolescents des deux sexes : retardés, nerveux,
difficiles, etc.

Disposition : Pavillons séparés. Parc
de 5 hectares.

Confort : Eau courante chaude et
froide. Chauffage central.

Traitement : Hydrothérapie.

Directeurs : D^r Paul-Boncour,
O. * et G. Albouy.



SAINT-REMY

CLINIQUE MÉDICALE

46, Boul. Carnot Tél. Régional 755 et 850

LE VÉSINET (S.-et-O.).



-- -- TRAITEMENT -- --
des affections du Système nerveux, des
intoxications et des maladies de la nutrition

Repos — Convalescences — Régimes
Electrothérapie. — — Hydrothérapie

Dans banlieue agréable, paisible et saine.
Très belle installation modèle, 6 pavillons séparés
- - dans un parc fleuri de 2 hectares - -

Chambres gaies, meublées avec goût, très confortables,
cabinets de toilette avec S. B. et W. C. privés.
Galeries ensoleillées. Terrain et salons de jeux.
- Excellente cuisine bourgeoise et de régimes -

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

-- -- MÉDECIN-DIRECTEUR -- --

-- -- **D^r P. ALLAMAGNY** -- --

avec la collaboration du D^r VIGNAUD,
ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves
-- -- et d'un médecin assistant -- --

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

Thérapeutique.

- A. SÉZARY. — Remarques sur les traitements actuels de la paralysie générale 328
- H.-C. SOLOMON et S.-H. EPSTEIN. — Démence paralytique. Résultats du traitement par la tryparsamide 328
- H.-C. SOLOMON et S.-H. EPSTEIN. — Résultats du traitement par la tryparsamide d'une série de 81 cas de paralysie générale 328
- W. KURTH. — Recherches sur le problème de la réadaptation sociale des paralytiques généraux traités par la pyrétothérapie 329
- C. RIZZO. — Paralytique général octogénaire impaludé à 70 ans 329
- H.-C. SOLOMON et S.-H. EPSTEIN. — Démence paralytique. Résultats du traitement par la

- malaria associée avec les autres formes thérapeutiques 329
- D. PAULIAN, C. FORTUNESCO et M. TUDOR. — Contributions statistiques sur la malariathérapie dans la syphilis nerveuse au cours de l'année 1935 dans le Service Neurologique. 330
- V. GILLOT et R. DENDALE. — Malariathérapie de la chorée de Sydenham 330
- P.-F. MALKIN. — Les types exogènes de réactions mentales dans la malariathérapie. 330
- J.-A. SEMPAY et V. VALENCIANO. — Le problème de la contagion naturelle de la malaria inoculée 330
- P. DOROLLE. — Delirium tremens déclenché par une injection d'arséno-benzène 331
- M.-H. ERICKSON. — Etude d'une névrose expérimentale induite par hypnose dans un cas d'éjaculation précoce 331

(Suite du sommaire, page X).

CHATEAU DES COUDRAIES

Ancienne Institution d'Eaubonne (fondée en 1847)

Magnifique Parc de 5 hectares, adossé à la forêt de Sénart. Très belle vue sur la vallée de la Seine. Très grand confort. Eau courante, chaude et froide, dans toutes les chambres, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète. Rayons U. V. Jardinage. Horticulture. Potagers de 20.000 m². Tennis.



PRIX DE PENSION A PARTIR DE 900 FR. PAR MOIS

ÉTIOLLES (S.-&-O.)

ENFANTS

ET JEUNES GENS

ARRIÉRÉS

Education et Traitement
des déficients intellectuels
à tous les degrés

DIRECTEURS

D^{rs} M. et J. de CHABERT

de 2 à 5 heures

sauf jeudis et dimanches

25 km. de PARIS

gare Evry-Petit-Bourg (P.-L.-M.)

Arrêt des autocars Citroën

27 - 28 - 29 : Dép. de Paris,

pl. Denfert-Rochereau

Tél. Corbeil 226

DIVONNE-LES-BAINS

OUVERT
TOUTE
L'ANNÉE

Altitude 519 m. (Genève 16 km.) — AIN

LA GRANDE STATION FRANÇAISE DE REPOS

-- -- dans un parc de 100 hectares -- --

==== Indication spéciale de cure pour : ====
les troubles fonctionnels du SYSTÈME NERVEUX et des
MALADIES DE LA NUTRITION qui s'y rattachent
les maladies organiques du TUBE DIGESTIF et de la
==== NUTRITION =====

Dans le parc : Etablissement thermal

Hydrothérapie. Psychothérapie. Cures d'air, de repos,
d'exercices et de culture physique. Massothérapie. Elec-
trothérapie. Radiologie.

Dans le parc : Les Hôtels

HOTEL DU GOLF

Hôtel de grande classe, tous les appartements avec salle de
bains, w.-c., téléphone. Première réalisation hôtelière dans
la suppression des bruits.

HOTEL CHICAGO

Résidence de tout premier ordre.

LE GRAND HOTEL

Hôtel de premier ordre à *prix modérés*. Recommandé aux
familles.

LE PAVILLON DU GOLF

Grande terrasse avec vue splendide sur la chaîne des
Alpes. Son restaurant, ses spécialités régionales, ses thés
avec orchestre.

MAISON MÉDICALE DE RÉGIME

Sous contrôle d'un médecin spécialiste. Cuisine diététique.
Laboratoires d'analyses.

Distractions Tous les sports

Théâtre. Concerts. Cinéma. Parc pour enfants.

Golf 18 trous. Tennis. Promenades. Canotage (5 km.
du lac). Pêche à la truite.

Administrateur Directeur : I. TARTAKOWSKY

CLOETTA et H.-W. MAIER. — Sur une amélioration de la cure par la narcose prolongée en psychiatrie	332	Charlotte MUNN. — L'insuline dans la stupeur catatonique	335
BOSS. — Le dynamisme psychique de la cure du sommeil prolongé dans la schizophrénie	332	J.-M. LOONEY et R.-C. HOSKINS. — Le traitement de la schizophrénie par le dinitrophénol et le 3,5 dinitro-orthoerésol	335
W.-K. CHOROCKO, Mme P.-S. ALEXANDROWA et L.-N. PIATNITSKAIA. — Application expérimentale de la lysothérapie et particulièrement de la cérébrolysine dans la schizophrénie.	333	JOSEPHSON, E.-M. CAMERON, G. et M. FREIBERGER. — L'amaigrissement par le dinitrophénol : ses dangers pour le germe	335
V. CAMARDO PACHECO. — Contribution au traitement de la schizophrénie	333	H. TOMASSON. — Nouvelles recherches sur le traitement des états maniaco-dépressifs ..	335
H. CLAUDE et J. DUBLINÉAU. — La pyrétothérapie soufrée associée aux sels d'or dans le traitement de certaines démences précoces.	333	VINCHON. — L'action de l'hémato-porphyrine dans les syndromes dépressifs psycho-organiques	336
PESERICO. — Aperçu à distance sur les résultats de la sulfothérapie dans les formes chroniques de la démence précoce	331	MONTASSUT et Mlle LEMAIRE. — Traitement des états dépressifs par les polycampho-sulfonates	336
K.-E. APPEL, C.-E. FARR et E.-Y. BRACELAND. — Le traitement d'Ashner dans la schizophrénie	334	I. FINKELMANN. — Traitement de l'amaigrissement des psychoses	336
GROSS. — Insuline et schizophrénie	334	F. GRANONE. — Opothérapie et troubles psychiques, notamment à propos de quelques psychopathies infantiles	337

(Suite du sommaire, page XII).

CLINIQUE « LA MÉTAIRIE »

-- -- NYON (Vaud) -- SUISSE -- Tél. Nyon 95.626 -- --



TRAITEMENT DES MALADIES
NERVEUSES. TOUTES DÉSINTOXI-
CATIONS. CONVALESCENCES ET RÉ-
GIMES. CURES DE REPOS ET D'ISO-
LEMENT. SÉJOURS D'OBSERVATION

EXAMENS ET EXPERTISES NEUROLOGIQUES
ET PSYCHOLOGIQUES DANS INSTITUT SPÉCIALISÉ

-- -- Consultations tous les jours. -- --
Dr^r GUILLEREY, Médecin Directeur
(Consultations à Lausanne, Grand-Chêne, 2, lundi
et jeudi sur rendez-vous. Tél. : Lausanne 32.434).
Dr^r Duby, Dr^r Calame. Médecin consultant :
Professeur d'Université Dr^r O. Loewenstein.

LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près *NYON* (Suisse)

ETABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

CONFORT MODERNE

||| Chambres seules ou appartements de une ou plusieurs pièces |||
-- -- Magnifique situation au bord du Léman -- --
-- A 22 km. de Genève sur la route de Lausanne -- --
||| Six villas disséminées dans un grand parc de 45 hectares |||



TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

ANALYSES PSYCHOLOGIQUES - CURES DE REPOS - RÉGIMES
SUGGESTION - RÉÉDUCATION - PHYSIOTHÉRAPIE

Traitement organothérapique avec contrôle biologique (Cures d'insuline, pyrothérapie, malariathérapie) -- Laboratoire d'analyses -- Rayons X

		-- -- Divers ateliers très bien installés -- --		
		Etudes et leçons particulières dans l'établissement		
		-- -- Sports d'été et sports d'hiver -- --		
		-- Trois tennis -- Bains du lac -- Equitation --		

Quatre médecins et un nombreux personnel spécialisés assurent le traitement

*Prix de pension variant suivant la nature du traitement,
et le genre de l'installation choisie (à partir de Fr. suisses 30 par jour)*

DEMANDEZ PROSPECTUS A L'ADMINISTRATION

Adresse télégraphique :
RIVAPRANGINS NYON

||| Téléphones { Administration : Nyon 95.442
||| Service Médical : Nyon 95.441
||| (de préférence entre 11 heures et midi)

Médecin-chef : **D^r O.-L. FOREL**, Privat-Docent à l'Université de Genève.

- E. MONIZ. — Essai d'un traitement chirurgical de certaines psychoses 338
- S. JUSTMAN. — Du méningisme consécutif à la ponction lombaire 338
- R. DANIS. — Le traitement des accidents consécutifs à la ponction rachidienne 338
- D. FERREY. — Epilepsie bravais-jacksonienne. Intervention chirurgicale. Arachnoïdite chronique. Guérison 339
- FRIBOURG-BLANC, LASSALE et PASSA. — Efficacité de l'acétylcholine dans le traitement de l'épilepsie traumatique 339
- B. KARBOWSKI. — Application thérapeutique du lipiodol dans les abcès du cerveau et du cervelet 339
- A. MORUZI et E. LUPP. — Fracture du crâne. Hématome du centre ovale. Opération. Guérison 339
- G. MILONE. — Les trépanations décompressives dans les blocages ventriculaires post-traumatiques 340
- C. ZUCKERMANN. — La cordotomie latérale. 340
- R. LERICHE, R. FONTAINE et F. FROELICH. — L'énervation sinu-carotidienne est-elle permise au point de vue physiologique ? Etudes expérimentales et cliniques. Indications. 340
- H. GODARD. — Les opérations sympathiques dans l'asthme grave (Influence sur la calcémie) 340
- R. RIVOIRE. — Le traitement de la maladie d'Addison 341
- A. PETTIT. — Sérothérapie antipolio-myélique d'origine animale 341

Médecine légale.

- POLL. — La réforme pénitentiaire en Belgique 341
- L. VERVAECK. — Le premier bilan quinquennal de la loi de défense sociale à l'égard des amonaux 342
- W. OVERHOLSER. — Historique et application de la loi Briggs dans le Massachusetts ... 343
- G. SCHUIND. — Introduction à l'étude du Droit pénal 343

(Suite du sommaire page XIV).

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

LE

RECONSTITUANT NERVIN RATIONNEL

dont est justiciable

Tout DÉPRIMÉ
SURMENÉ

Tout CÉRÉBRAL
INTELLECTUEL

Tout CONVALESCENT
NEURASTHÉNIQUE



XV à XX gouttes
à chaque repas

XX gouttes = 0,40 de
glycérophosphates
cérébraux (Na.K.Mg.)

ni chaux, ni sucre, ni alcool
aucune contre-indication

6, rue Abel • PARIS (12^e)

MAISON DE SANTÉ

161, rue de Charonne -- PARIS-XI^e

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D^r CL. VURPAS

Médecin de La Salpêtrière

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

VILLA PENTHIÈVRE

Maison de Santé et de Convalescence

SCEAUX (Seine) Tél. 12

PSYCHOSES — NÉVROSES



MÉDECIN-DIRECTEUR : D^r BONHOMME, Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECINS ASSISTANTS : D^r CODET, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

VARIÉTÉS

Société Médico-Psychologique :

Séances	345
Séances du lundi 26 juillet 1937	345

Asiles publics d'aliénés :

Néerologie	346
Légion d'Honneur	346
Médaille d'honneur de l'Assistance publique	346
Nomination	346
Création de poste	346
A la mémoire du Dr Julien Raynier... ..	346
Prix Julien Raynier	347
Recrutement et Statuts des médecins du cadre des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine.	347
Concours de l'Internat en médecine de l'Asile	

de Dury-les-Amiens	350
Le Bulletin de la Fédération des Maisons de Santé	350

Hygiène et Prophylaxie :

Service d'informations sur les recherches de génétique humaine	351
--	-----

Réunions et Congrès :

II ^e Congrès International d'Hygiène mentale	351
XI ^e Congrès International de Psychologie.	351
IX ^e Congrès International de Philosophie.	352
I ^{er} Congrès International de Psychiatrie infantile	352
X ^e Congrès des Sociétés d'oto-neuro-ophtalmologie	352

INFORMATIONS

Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue française (XLI^e session — Nancy, 30 juin - 5 juillet 1937) XVIII

II^e Congrès International des Sanatoria et Maisons de Santé privés (Paris, 12-17 juillet 1937) XXXI

Ecole du Docteur Henriette Hoffer

ETABLISSEMENT PSYCHO-MÉDICO-PÉDAGOGIQUE
POUR ENFANTS INAPTES A SUIVRE LES CLASSES NORMALES

(ENFANTS RETARDÉS, DÉLICATS, SOURDS, PARLANT MAL)

Fondatrices : D^r H. HOFFER et Madame Anne-Marie BUSSEAU



« MONTCLAIR »

I, Grande Rue, BELLEVUE-MEUDON (Seine-&-Oise) - Téléph. : Observatoire 17-45

LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4 — PARIS, 4^e Arr^t

AMIDAL

Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées

Deux à quatre cuillerées à café,
ou quatre à huit comprimés, dragées
ou cachets par jour

Entérites aiguës et chroniques.
Entéro colites. Dysenterie.
Toutes les Diarrhées.
La constipation spasmodique.

VITAMYL IRRADIÉ

Extrait concentré de vitamines A. B. et C.

Ergostérol irradié
Une cuillerée à café
avant chacun des trois repas.

Carences et Pré-carences.
Rachitisme.
Déminalisation.
Troubles de la Croissance

GÉNÉSÉRINE

OLONOVSKI et NITZBERG

Deux à trois granules ou dragées ou 20 à 30
gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule
injectable chaque jour pendant 10 jours.

Hypo-acidité gastrique.
Syndrome solaire.
Dyspepsie atonique.
Palpitations et Tachycardie
des cœurs nerveux.

GÉNATROPINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour,
entre les repas de préférence.
1 ampoule injectable par jour.

Hyperchlorydrie.
Spasmes digestifs — Vomissements.
Coliques — Diarrhées.

GÉNOSCOPOLAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour,
en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.

Maladie de Parkinson.
Syndromes post-encéphalitiques.
Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.

GÉNHYOSCYAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour
entre les repas de préférence.
1 ampoule par jour.

Spasmes digestifs.
Tremblements.
Syndromes parkinsoniens.
Sueurs des tuberculeux.

GÉNOSTRYCHNINE

OLONOVSKI et NITZBERG

ou

Ampoules — Goutte — Granules

GÉNOSTHÉNIQUES

Cacodylate de Génomorphine et de Gènesérine.

2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas.
1 ampoule injectable chaque jour.

Asthénie.
Neurasthénie — Surmenage.
Anémie — Convalescence.
Paralysies atoniques.

GÉNOMORPHINE

OLONOVSKI et NITZBERG

En comprimés dosés à 2 Ctrs (2 à 3 fois
par jour) ou en ampoules injectables
dosées à 4 Ctrs.

La Douleur.
L'Anxiété — l'Agitation.
Les Dyspnées spasmodiques.
La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

UN HYPNOTIQUE DOUX

DE TOLÉRANCE
PARFAITE

DESTINÉ AUX

INSOMNIQUES
ET AUX ANXIEUX

Sonéryl

butyl-éthyl-malonyleurée

INSOMNIE
causée par la douleur
INSOMNIE
des vieillards

COMPRIMÉS $\text{A } 0,070$ • TUBES DE 20 COMPRIMÉS
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA

MARQUES: POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE
21, rue Jean Goujon • PARIS 8^{ème}



CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers — Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE
ÉLECTROTHÉRAPIE

ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES

MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS
MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris
Autobus n° 122 au Château de Vincennes (Station du Métro).

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE

ET

MAISON DE CONVALESCENCE

Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS

Anciens Internes des Asiles de la Seine

Médecins-Directeurs

VILLA MONTSOURIS

130, rue de la Glacière

PARIS

Téléphone : Gobel. 05-40

MARDI, VENDREDI

2 à 5

CHATEAU de l'ABBAYE

VIRY-CHATILLON

(S.-et-O.)

Téléphone : Juvisy 76

—

PARC : Huit Hectares

TRAITEMENT DES MALADIES
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES

— « PRIX MODÉRÉS » —

INFORMATIONS

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES de France et des Pays de langue française

XLI^e Session, Nancy (30 juin-5 juillet 1937)

BUREAU DE LA XLI^e SESSION

Président : M. le D^r M. OLIVIER, Médecin-Directeur de l'Asile de Blois (Loir-et-Cher).

Vice-Président : M. le D^r Th. SIMON, Médecin-Chef honoraire des Asiles de la Seine.

Secrétaire général : M. le Professeur Pierre COMBEMALE, de la Faculté de Médecine de Lille, Médecin-Chef de l'Asile de Bailleul (Nord).

Secrétaire annuel : M. le D^r J. HAMEL, Médecin en Chef de l'Asile de Maréville, Chargé de cours à la Faculté de Médecine de Nancy.

Trésorier : M. le D^r VIGNAUD, 4, avenue d'Orléans, Paris (XIV^e).

(A suivre, page d'annonces XIX).

CLINIQUE BELLEVUE

Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse)

Etablissement
neuro-psychiatrique

Installations modernes
et confortables



CURES
de désintoxication,
de repos
et d'isolement.
Psychothérapie.

Vastes parcs ombragés.
Vie de famille.

Prospectus — Prix très modérés

Directeur : D^r H. BERSOT

PROGRAMME DES TRAVAUX ET DES EXCURSIONS

MERCREDI 30 JUIN

9 h. 30. — SÉANCE SOLENNELLE D'OUVERTURE sous la présidence de M. Louis MARIN, Député, ancien Ministre, Président du Conseil général de Meurthe-et-Moselle, Directeur de l'Ecole d'Anthropologie de Paris.

Grand Salon de l'Hôtel de Ville (Place Stanislas).

Le Secrétariat du Congrès sera ouvert à partir de 9 heures dans le Salon Carré de l'Hôtel de Ville.

14 h. 15. — 1^{er} RAPPORT. — PSYCHIATRIE.

Contribution à l'étude biologique des délires alcooliques aigus. — Rapporteur : M. le D^r Roger BARGUES, Médecin-Chef de l'Asile d'Agen. (Grand Amphithéâtre de l'Institut Anatomique, Faculté de Médecine, rue Lionnois).

Le Secrétariat sera ouvert à partir de 14 heures à l'Institut anatomique.

17 h. 45. — Visite du Musée Zoologique (rue Ste-Catherine), sous la direction de M. le Professeur CUÉNOT.

21 h. — Réception offerte par la Municipalité de Nancy dans le Grand Salon de l'Hôtel de Ville (Place Stanislas). Tenue de soirée (smoking).

(A suivre, page d'annonces XX).

NEURINASE

*amorce le
sommeil naturel*

℥

Insomnie
Troubles nerveux

Ech^{ons} & Littérature
LABORATOIRES GÉNÉVRIER
2 Rue du Débarcadère PARIS

JEUDI 1^{er} JUILLET

9 h. 15. — 2^e RAPPORT. — NEUROLOGIE.

Les Atrophies cérébelleuses. — Rapporteur : M. le Dr Noël PÉRON, Médecin des Hôpitaux de Paris. (Institut Anatomique, Faculté de Médecine, rue Lionnois).

11 h. 30. — Visite du Musée Lorrain sous la direction de MM. les CONSERVATEURS.

Des Cars conduiront les Congressistes de l'Institut anatomique au Musée Lorrain.

14 h. 15. — *Séance de communications* (Institut Anatomique, Faculté de Médecine, rue Lionnois).

17 h. 30. — Visite du Musée de peinture (Place Stanislas), sous la direction de M. le CONSERVATEUR.

21 h. — *Soirée* offerte par le Président et les Membres du Congrès dans les Salons Walter (Place Stanislas). Tenue de soirée (smoking).

VENDREDI 2 JUILLET

Réunion à 8 h. 40, place de la Cathédrale.

9 h. — Départ des Cars pour Lorquin (Moselle).

11 h. — Visite de l'Asile de Lorquin.

11 h. 30. — Lunch offert par l'Asile de Lorquin.

13 h. 30. — Excursion dans les Vosges alsaciennes. Itinéraire : Lorquin, Sarrebourg, Dabo, Wangenbourg, Le Grossmann, Le Donon (Thé offert par le Congrès), Badonvillers, Baccarat, Lunéville, Nancy.

Arrivée à Nancy à 19 h. (Prix de l'excursion de Nancy à Nancy : 70 francs).

(A suivre, page d'annonces XXI).

Etablissement Médical de MEYZIEU (Isère) Près LYON

Fondé en 1881 par le Docteur Ant. COURJON

Direction médicale

Dr Rémi COURJON, Médecin des Asiles, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon, Expert près la Cour d'Appel de Lyon.

Dr Jean THÉVENON, Ex-interne des Hôpitaux de Lyon, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon.

Un médecin-adjoint

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

NÉVROSES, PSYCHOSES, INTOXICATIONS
CURE DE RÉGIME, SEVRAGE, ISOLEMENT

Pour tous renseignements : s'adresser au Directeur à Meyzieu, tél. n° 5, ou à Lyon, Cabinet du Dr Rémi Courjon, 4, rue Président Carnot, les mardi et jeudi de 15 à 17 h. Tél. Franklin 07-28.

SAMEDI 3 JUILLET

9 h. — *Assemblée générale* du Congrès à l'Asile de Maréville (parloir de la division des femmes).

9 h. 30. — *Séance de communications* (parloir de la division des femmes).

11 h. 15. — Visite de l'Asile de Maréville.

Des Cars prendront les Congressistes pour les conduire à l'Asile de Maréville, place Thiers (gare). Premier départ : 6 h. 15. — Deuxième départ : 10 h. 45.

12 h. 30. — Départ des Cars de l'Asile de Maréville pour Nancy-thermal (transport offert).

13 h. — *Banquet* offert par l'Asile de Maréville à l'Etablissement de Nancy-thermal.

15 h. — 3^e RAPPORT. — MÉDECINE LÉGALE.

Les règles à observer du point de vue neuro-psychiatrique pour l'incorporation des recrues. — Rapporteur : M. le Médecin-Commandant B. POMMÉ, Professeur au Val-de-Grâce (Paris), Hôpital Militaire Sédillot.

17 h. 30. — Visite de la Brasserie de Champigneulle.

Des Cars prendront les Congressistes à l'Hôpital militaire pour les conduire à Champigneulle et les ramener à Nancy.

21 h. — *Concert* offert par la municipalité avec le concours de la musique du 26^e R.I. au parc de la Pépinière. Illuminations de la Roseraie (le parc est situé à proximité de la place Stanislas).

(A suivre, page d'annonces XXII).

CHATEAU DU BEL-AIR

VILLENEUVE-St-GEORGES, 15 minutes de Paris

65 trains par jour dans chaque sens

Voitures à la gare de Villeneuve-St-Georges : Trajet en 3 minutes

PARC

de 8 hectares

à

flanc de coteau

au midi

—

Confort Moderne

—

CHAMBRES

avec

Salles de bains

privées



Cures de Repos

Convalescences

Régimes

Désintoxications

Psychothérapie

Héliothérapie

Malariathérapie

—

MÉDECINS

SPÉCIALISTES

résidant

au Château

D^{rs} H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES

Ancienne Maison de Santé fondée par le D^r Blanche à Passy

Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE

DIMANCHE 4 ET LUNDI 5 JUILLET

VOYAGE D'ÉTUDE AUX STATIONS HYDROMINÉRALES DE LA RÉGION DE L'EST

Offert aux Congressistes par les stations de la *Fédération des Villes d'Eau de l'Est de la France*.

Dimanche 4 juillet

8 h. 15. — Réunion des Congressistes, place de la Cathédrale.

8 h. 30. — Départ en autocar pour Bourbonne-les-Bains.

11 h. — Arrivée à Bourbonne-les-Bains. Réception à l'établissement thermal.
Déjeuner sous les auspices de M. le Maire et des autorités bourbonnaises.

14 h. 30. — Départ pour Contrexéville.

16 h. — Visite de la station thermale. Réception à l'établissement thermal.

16 h. 30. — Départ pour Vittel.

17 h. — *Séance de communications.*

18 h. — Visite de l'établissement thermal.

20 h. — Dîner offert par la Société générale des Eaux de Vittel.

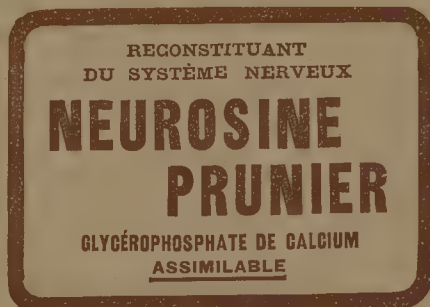
Logement dans les grands hôtels par les soins de la Société générale des Eaux de Vittel.

(A suivre, page d'annonces XXIII).

MÉDICATION ALCALINE PRATIQUE

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

3 à 4 comprimés par verre d'eau
12 à 15 comprimés par litre.



Lundi 5 juillet

- 8 h. 30. — Départ pour Luxeuil-les-Bains.
10 h. 30. — Arrivée à Luxeuil et visite de l'établissement.
11 h. 15. — Départ pour Plombières.
12 h. — Déjeuner à Plombières, offert par la Compagnie Fermière des Eaux minérales de Vittel.
13 h. 30. — Visite de l'établissement.
14 h. 30. — Départ pour Bains-les-Bains.
15 h. — Visite de l'établissement thermal.
15 h. 30. — Départ pour Nancy.
Arrivée à Nancy vers 19 heures.

Nota. — Un droit d'inscription de 50 francs par personne, sera demandée à chaque participant à ce voyage. Ceux-ci auront à retirer au Secrétariat du Congrès des étiquettes numérotées à attacher aux valises à main qui seront confiées aux transporteurs. Les congressistes trouveront celles-ci, dimanche soir dans leur chambre à Vittel, et le lundi soir à Nancy lors de la dislocation.

Durant le voyage et les réceptions : tenue de tourisme et bagages réduit au minimum.
Pour participer au voyage d'étude des stations hydrominérales de l'Est de la France, les dimanche 4 et lundi 5 juillet, il est indispensable de s'inscrire à l'avance, en adressant au C.-C. postal 106.06 Nancy, du Secrétaire général local, M. le Docteur J. HAMEL, Asile de Maréville, Laxou (Meurthe-et-Moselle), autant de fois 50 fr. qu'il y a de personnes désireuses de faire ce voyage, et d'indiquer sur le talon du chèque postal le degré de parenté des participants (pour le logement à Vittel).

Toute inscription parvenant après le 20 juin 1937 (dernier délai), ne pourra plus être retenue.

(A suivre, page d'annonces XXIV).

MAISON de SANTÉ de PRÉFARGIER

===== près Neuchâtel, Suisse =====

Traitement
des maladies
nerveuses
et mentales,
de l'alcoolisme,
des toxicomanies.



Installations
modernes



Psychothérapie.



Traitement
individuel.
Occasions variées
d'occupation
rationnelle
pour les
pensionnaires

Situation ravissante au bord du lac de Neuchâtel
Vaste parc de 30 hectares

Deux médecins spécialistes résidant à l'Etablissement
Médecin-Directeur : Dr O. Riggensbach

===== PROSPECTUS =====

PROGRAMME POUR LES DAMES

Mercredi 30 juin

Départ à 13 h. 30 de la Place Stanislas ; Retour vers 17 h. 30 au Musée Zoologique. Excursion aux environs de Nancy (offerte aux dames exclusivement). S'inscrire au Secrétariat du Congrès avant mercredi 30 juin, à 11 heures.

Jeudi 1^{er} juillet

10 h. 30. — Visite du Musée Lorrain, sous la direction de MM. les Conservateurs. Réunion à 10 h. 15 devant l'Hôtel de Ville (Place Stanislas).

Aux heures libres du jeudi 1^{er} juillet, dans la matinée et l'après-midi : visite de la ville par groupes.

Les dames du Comité local accompagneront les dames congressistes.



Les excursions, sauf celle des villes d'eaux étant organisées par l'Agence Duchemin-Exprinter, les membres du Congrès qui désirent y participer sont priés de s'inscrire auprès de l'Agence Duchemin-Exprinter, 26, av. de l'Opéra, Paris (1^{re}) avant le 1^{er} juin 1937, en servant du questionnaire ci-joint.

Pour les réceptions, s'inscrire dans les mêmes délais auprès du Professeur P. COMBEMALE, route d'Ypres, Bailleul (Nord).

(A suivre, page d'annonces XXVI).



CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



●
D^r Marcel DIERS

◆
Climat toni-sédatif

MAISON
de Traitements
de Repos ~~~~~
de Régimes ~~~~~

~~~~~  
**Affections nerveuses  
Intoxications  
Convalescences**



Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu  
-- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --  
**Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie**

# CLINIQUE PRIVÉE

D<sup>r</sup> Th. BRUNNER

## KUSNACHT près ZURICH

Traitement des maladies mentales et nerveuses. Cures pour convalescents et surmenés. Traitement spécial de l'épilepsie (méthode D<sup>r</sup> Ulrich), des toxicomanies (insuline) et des affections parasyphilitiques (intra-rachidien et malaria). Installations hydro- et électrothérapiques. Possibilité d'occupations diverses et de sport (golf, tennis, gymnastique, équitation, canotage, natation, pêche).

### CUISINE INDIVIDUELLE ET DIÉTÉTIQUE

4 maisons séparées, situées dans un vieux parc, au bord du lac.

Prix de pension à partir des frs. s. 15

*(traitement médical y compris)*

2 médecins.

Médecin en chef : D<sup>r</sup> Th. BRUNNER

## MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le D<sup>r</sup> Tarrius)

6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE

Téléphone : 68 St-Denis



Maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie

Rayons ultra-violets

### PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

CHAUFFAGE CENTRAL -- ELECTRICITÉ -- CHAPELLE

*L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins  
qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades*

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.



Le *Secrétariat du Congrès*, ainsi que le bureau de renseignements touristiques, seront ouverts :

le mercredi 30 juin au Salon Carré de l'Hôtel de Ville, de 9 à 12 heures ;

le mercredi 30 juin à l'Institut Anatomique, Faculté de Médecine, rue Lionnois, de 14 à 17 h. 30 ;

le jeudi 1<sup>er</sup> juillet à l'Institut d'Anatomie, Faculté de Médecine, de 9 à 11 h. 30 et de 14 à 17 h. 30 ;

le samedi 3 juillet à l'Hôpital militaire Sédillot, de 15 à 17 h. 30.

Les Congressistes pourront y faire adresser leur courrier.

### VOYAGE

Pour bénéficier des différentes réductions, sur les *Chemins de fer* français et belges, il est nécessaire de remplir le questionnaire annexé au programme, et de l'adresser, avant le 1<sup>er</sup> juin, à l'Agence des Voyages Duchemin-Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris, qui a bien voulu se charger d'adresser aux Congressistes tous les bons de réductions.

*Il est indispensable d'être inscrit régulièrement au Congrès, pour faire une demande de bon de réduction.*

Les Congressistes étrangers qui désireront profiter de leur déplacement à Nancy pour visiter l'Exposition Internationale de Paris, et voyager en France, auront intérêt à se munir de la Carte de légitimation de l'Exposition. Cette Carte de légitimation de l'Exposition sera mise en vente dans le monde entier au prix de 20 francs. Elle donnera droit à une réduction de 50 % sur les chemins de fer pour tous voyages en France, et à diverses concessions sur certaines Compagnies de transports. Elle donnera droit en outre à 10 entrées à demi-tarif à l'Exposition Internationale.

(A suivre, page d'annonces XXVIII).

## CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE PAU

FONDÉ EN 1930

aux portes de la Ville, sur la hauteur, au milieu d'un grand parc clos avec tout confort moderne. CLIMAT TONI-SÉDATIF RÉPUTÉ

Directeur Médical : **Docteur MONESTIER**, Médecin honoraire des Asiles

Directeur administratif : **E. COCONAS**, Professeur spécialisé diplômé

**GARÇONS** nerveux, instables, hyperémotifs, angoissés, grognons, obstinés, paresseux, négligents, portés à dire des grossièretés, querelleurs, mauvais instincts, insomniaques, tiqueurs. Redressement moral. Retardés scolaires et thyroïdiens. Délicats, anémiés, fatigués, convalescents, malingres, entéritiques, ganglionnaires, etc.



Action pédagogique combinée avec traitement médical. Instruction par petits groupes et classement par catégories distinctes. Orientation professionnelle.

● ● ●

Jardin d'hiver. Jeux. Sports. Gymnastique médicale. Hydrothérapie complète.

**SECTION ENTRAÎNEMENT MÉDICO-PROFESSIONNELLE AVEC ATELIERS**  
Section spéciale pour enfants pouvant fréquenter les Cours du Lycée ou Collège

● **PRIX** : Depuis 450 fr. par mois. Chambres particulières ●  
**Contagieux, grands arriérés, grands nerveux et grands agités ne sont pas admis**

**VILLA FORMOSE**, 1, Allées de Morlaas -- PAU (B.-P.) Tél. 27-07

● **NOTICE ILLUSTRÉE SUR DEMANDE ADRESSÉE A M. LE DIRECTEUR** ●

# TRAITEMENT PHYTOTHÉRAPIQUE DES SYNDROMES SYMPATHIQUES et PARASYMPATHIQUES

ANGOISSE \_ ANXIÉTÉ \_ INSOMNIE NERVEUSE  
TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR  
TROUBLES DE LA VIE GÉNITALE, etc...

## La passiflorine RÉAUBOURG

uniquement composée d'extraits végétaux  
ATOXIQUES



Passiflora  
incarnata  
Salix alba  
Crataegus  
oxyacantha

## LOGEMENT

Les Congressistes désirant qu'une chambre leur soit réservée peuvent s'adresser directement au gérant de l'hôtel choisi par eux, ou s'adresser à l'Agence Duchemin-Exprinter. (Remplir le questionnaire prévu à cet effet).

On trouvera sur le programme les prix préférentiels que le Syndicat hôtelier de Nancy a bien voulu consentir, pour toute la durée du Congrès, à MM. les Congressistes.

## EXCURSIONS

Après les Congrès, les excursions suivantes ont été prévues et organisées par l'Agence de Voyages Duchemin-Exprinter :

1° Les Champs de bataille : Metz, Verdun, Argonne (6 et 7 juillet 1937).

2° L'Alsace et les Vosges (6, 7, 8 et 9 juillet 1937).

MM. les Congressistes qui voudraient profiter de leur voyage à Nancy pour visiter l'Exposition Internationale de Paris, et la France, pourront s'adresser à l'Agence de Voyages Duchemin-Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, à Paris (1<sup>er</sup>), qui leur donnera tous les renseignements utiles.

(A suivre, page d'annonces XXIX).

# SANATORIUM BELLEVUE

## A KREUZLINGEN (Suisse)

(LAC DE CONSTANCE)

Spécialement organisé pour le traitement des  
**MALADIES NERVEUSES, MENTALES et des INTOXICATIONS**

Fondé en 1857 par le D<sup>r</sup> L. Binswanger, grand-père du directeur actuel. Neuf villas différentes, situées dans un beau parc permettant la séparation complète des diverses formes de maladies, dont : 3 pour maladies mentales et 6 pour névroses, états d'épuisement et de convalescence.

TRAITEMENT : Psychothérapie (Psychoanalyse, etc.), thérapie par le travail : ateliers de menuiserie, de reliure et de tissage, jardinage. Gymnastique, massage, tennis, golf, équitation, natation. Installation hydrothérapeutique très moderne. Grande ferme modèle. Informations et prospectus par l'Administration.

**Médecin-directeur : D<sup>r</sup> L. BINSWANGER**

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Le Congrès comporte des membres titulaires, des membres adhérents et des membres associés :

Les *membres titulaires* de l'Association et les *membres adhérents* à la session ont le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions. Ils reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session. Les membres adhérents inscrits avant le 15 mai 1937 recevront, comme les membres titulaires, les rapports dès leur publication.

Les *membres titulaires* de l'Association versent une cotisation annuelle de 75 francs et sont dispensés de cotisation à la session du Congrès. Pour être *membre titulaire* de l'Association, il faut être Docteur en médecine, présenté par deux membres de l'Association et agréé par le Conseil d'Administration. Le nombre des membres titulaires n'est pas limité. Adresser les candidatures au Docteur Pierre COMBEMALE, Secrétaire général, route d'Ypres, à Bailleul (Nord).

(A suivre, page d'annonces XXX).

LE CASTEL  
D'ANDORTE  
- 342, Route du Médoc -  
LE BOUSCAT, près Bordeaux  
- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -  
MALADIES MENTALES  
- ET NERVEUSES -  
Médecin-Directeur :  
Docteur Pierre CHARON

La cotisation des *membres adhérents* à la 40<sup>e</sup> session a été fixée à 80 francs. Ils doivent être agréés par le Bureau.

Les asiles d'aliénés et établissements hospitaliers peuvent s'inscrire au Congrès et recevoir un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session. Le minimum de leur cotisation a été fixé à 80 francs.

Les *membres associés* se composent des personnes de la famille des membres titulaires et des membres adhérents. Le prix de leur cotisation est de 50 francs. Ils ne prennent pas part aux travaux du Congrès, mais bénéficient des avantages accordés pour les voyages et excursions.

**Envoyer le montant des cotisations** en francs français, chèque sur Paris, mandat international, mandat-postal ou chèque-postal, avec indication précise des noms et adresses,

au Docteur VIGNAUD, trésorier, 4, avenue d'Orléans, Paris (XIV<sup>e</sup>). Compte chèques postaux : Paris, C.-C. 456-30.

(A suivre, page d'annonces XXXI).

# SULFOSINE « LEO »

## PYRÉTOTHÉRAPIE

### SUSPENSION HUILEUSE DE SOUFRE à 1 et 2 0/0

(Huile soufrée stérilisée)

**INDICATIONS.** — Paralyse générale, Syphilis nerveuse et autres affections syphilitiques ou non du système nerveux central, telles que la démence précoce, la Schizophrénie, l'Encéphalite épidémique chronique, etc..... -- -- --

### SULFOSINE ANESTHÉSIQUE à 1 et 2 0/0

**MODE D'EMPLOI :** En injections intramusculaires

Dépôt pour la France :

**Valentin Aage MOLLER**  
149, rue du Palais Gallien, 149  
BORDEAUX

**J. DEDIEU,**  
Pharmacien, 39, rue Fondaudège  
BORDEAUX



## DEUXIEME CONGRES INTERNATIONAL DES SANATORIA ET MAISONS DE SANTE PRIVES

(Paris, 12-17 juillet 1937)

Ce Deuxième Congrès International des Sanatoria et Maisons de santé privés, qui fait suite à celui qui a eu lieu à Budapest en septembre 1936, se tiendra l'année prochaine à Paris, du 12 au 17 juillet 1937. Il a pour but l'étude des questions d'ordre médical, administratif et économique intéressant particulièrement les établissements privés de cure : Sanatoria, cliniques médicales, chirurgicales, obstétricales, maisons de santé destinées au traitement des maladies nerveuses ou mentales.

(A suivre, page d'annonces XXXII).

# LE COTEAU

SAINT-MARTIN-LE-VINOUX

Près GRENOBLE (Dauphiné)

-- Maison de traitements --  
de repos et de convalescence  
-- pour maladies nerveuses --  
-- -- en cure libre -- --

Ouverte toute l'année -- Confort moderne  
Vue admirable -- Renseignements à la gérante  
Téléphone 11-38-Grenoble

**MÉDECIN TRAITANT : Docteur MARTIN-SISTERON**  
**Médecin des Hôpitaux de Grenoble**

## DEUXIEME CONGRES INTERNATIONAL DES SANATORIA ET MAISONS DE SANTE PRIVES

(Paris, 12-17 juillet 1937)

(Suite)

Il est organisé par la Fédération des Maisons de santé de France, avec l'appui de différents groupements étrangers.

Au cours de ce Congrès, une *Union Internationale des Maisons de santé privées*, actuellement à l'étude, sera définitivement constituée.

Les personnes désireuses de participer à ce Congrès pourront dès maintenant obtenir des renseignements en s'adressant au *secrétaire général*, le Dr BUSSARD, 8, Avenue du 11 Novembre, à Bellevue (Seine-et-Oise).



### VILLA LUNIER à BLOIS

**consacrée aux maladies mentales**

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent **D' LUNIER**, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central. Eclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitements classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmiers et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'internes.

Le prix de pension varie de 550 fr. par mois à 1.600 fr. selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre 2.000 et 3.600 fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. —  
Téléphone : 2-82.

**Médecin en Chef-Directeur : Dr OLIVIER**

Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ

## SOMMAIRE DU N° 3 (tome I), MARS 1937

### MÉMOIRES ORIGINAUX

|                                                                                                                       |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Aug. LEY et M.-L. WAUTHIER. — Mesure de l'intelligence, par la méthode des tests, chez l'étudiant d'Université.....   | 353 |
| G. VILLEY. — Le syndrome hystéro-épilepsie.....                                                                       | 386 |
| G. DE LOVERDO. — Les glandes endocrines du point de vue neuro-psychiatrique                                           | 394 |
| Madeline DEROMBIES. — Le régime des aliénés criminels et délinquants en Angleterre et en Ecosse ( <i>suite</i> )..... | 400 |

(Suite du sommaire, page II).

# CHATEAU DE

DIRECTEUR : Dr Gaston MAILLARD  
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris  
Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière  
Médecin-adjoint : Dr Charles GRIMBERT

— MAISON DE SANTÉ MODERNE —  
POUR DAMES ET JEUNES FILLES



# L'HAY-LES-ROSES

INSTALLATION  
DE  
premier ordre  
Notice sur demande  
2, rue Dispan

L'HAY-  
LES-ROSES  
(SEINE)  
TÉLÉPHONE : 5

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX  
- CURES DE DÉSINTOXICATION -  
- DE REPOS ET DE RÉGIMES -

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

*Séance du 11 mars 1937*

- J. CAPGRAS et Ch.-H. NODET. — Hallucination psychique à localisation auriculaire unilatérale ..... 421
- Paul COURBON et Roger STORA. — Adénolipomatose diffuse, insuffisance polyglandulaire et démence ..... 426
- L. MARCHAND, Y. LONGUET et Louis ANGLADE. — Boiterie pithiatique chez un débile épileptique. Torpillage. Guérison ..... 434
- H. BEAUDOUIN, E. MARTIMOR, Mlle J. LACASAGNE et J. DEVALLET. — Délire conjugal ..... 436

*Séance du lundi 22 mars 1937*

- Adoption du procès-verbal ..... 445
- Correspondance ..... 445
- Election d'un membre correspondant national ..... 445
- Election de 3 membres titulaires ..... 446
- G. HEUYER. — A propos du procès-verbal : la psychose périodique chez l'enfant. 446
- P. LOO. — Sur un cas de paralysie générale juvénile ..... 448
- J. TRILLOT et P. RAUCOULES. — Traitement par l'orthosiphon stamineus de certaines psychoses liées à l'insuffisance hépatorenale ..... 452
- J. DELMOND. — La paralysie générale à l'Ad-

(Suite du sommaire, page IV).

# MAISON DE SANTÉ

— D'IVRY-SUR-SEINE —

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

## MALADIES MENTALES & NERVEUSES

NOMBREUX PAVILLONS

DANS UN PARC DE 12 HECTARES

*Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS*

*Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris*

*Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS*

# CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison  
de Santé  
de Repos  
de Régimes



FONDÉE PAR

M. le D<sup>r</sup> MAGNAN

Membre de  
l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

## HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

D<sup>r</sup> FILLASSIER O. \* ✻ D<sup>r</sup> DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot



mission de l'Asile Clinique. (Statistique sur 4 mois). Fréquence des formes anormales ..... 455  
P. COURBON et J. DELMOND. — Virtuosités

autodidactiques et hyperalgésie aux contacts sociaux ..... 461  
P. GUIRAUD. — Aperçu sur l'état actuel du problème des hallucinations ..... 475

## SOCIÉTÉS

### Société de Neurologie de Paris

*Séance du jeudi 4 mars 1937*

ANDRÉ-THOMAS. — Sur un cas de rétropulsion, marche à reculons, chute à la renverse. 484  
NAYRAC et GUILLAUME. — A propos d'un méningiome frontal ..... 485  
CL. VINCENT. — Conséquences nerveuses de la ligature de l'artère carotide ..... 485  
ANDRÉ-THOMAS, PAISSEAU, M. et Mme E. SORREL. — Sur une affection myopathique à topo-

graphies rigoureusement semblables chez deux jumelles univitellines ..... 485  
L. van BOGAERT, HANS, J. SCHERER et E. EPSTEIN. — Une forme cérébrale de la cholestérine généralisée (type particulier de lipidose à cholestérine) ..... 485  
Th. DE MARTEL et GUILLAUME. — Ablation du ganglion étoilé chez un hémiplegique .. 486  
NAYRAC. — Description d'un pupillomètre. — Premiers résultats (avec projections). — Présentation d'un appareil pour l'appréciation numérique du réflexe photo-moteur .... 486

(Suite du sommaire page VI).

## MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

8, Avenue du 11 Novembre -:- Observatoire 10-62

MÉDECIN-DIRECTEUR : D<sup>r</sup> BUSSARD  
MÉDECIN ASSISTANT : D<sup>r</sup> Paul CARRETTE

Maladies  
du  
Système  
nerveux  
et de la  
Nutrition



Psycho-  
névroses  
Intoxica-  
tions  
Convales-  
cences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne, éclairage électrique, eau courante chaude et froide dans les chambres, chauffage central.

# VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES  
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

*Cures de désintoxication*

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



*12 chalets pourvus du confort moderne  
disséminés dans un parc de 5 hectares.  
Chambres ou appartements à plusieurs pièces*

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins  
qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS

Médecin assistant : Docteur LECLERCQ

Téléphone : LE VÉSINET 12

J. LHERMITTE et J. MOUZON. — Un nouveau cas de myoclonies rythmées du voile palatin, de la langue, des lèvres et des globes oculaires. — Lésions des noyaux dentelés ..... 486

J.-A. CHAVANY et KLEPETAR. — Complications nerveuses de l'avortement criminel .... 487

L. CORNIL et J. PAILLAS. — Syndrome Duchenne-Erb avec algies radiculaires par effondrement vertébral au cours d'une métastase cervicale d'un épithélioma de l'ovaire (action sédative de la Cobrathérapie) ..... 487

## Société de Médecine Mentale de Belgique

*Séance du 27 février 1937*

CONREUR. — Paranoïa chez un intellectuel ; que faut-il penser de la constitution paranoïaque ? ..... 488

G. VERMEYLEN. — L'intelligence chez les malades mentaux ..... 488

## Société belge de Neurologie

*Séance du 27 février 1937*

B. DUJARDIN et P. MARTIN. — Les réagines syphilitiques dans les ventricules cérébraux et le sac lombaire ..... 489

B. DUJARDIN et FRIART. — Les ostéoarthrites et les ostéoarthropathies au cours de la syphilis ..... 489

LARUELLE et MASSION-VERNIORY. — Effets de l'injection de prostigmine dans un cas atypique de myasthénie ..... 489

J. DE BUSSCHER. — A propos d'un cas de pinéalomie ..... 490

ANDERSEN et DELLAERT. — Compression médullaire par varices extra-dure-mériennes .. 490

(Suite du sommaire page VIII).

# INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE VITRY-SUR-SEINE

**Adresse :** 22, rue Saint-Aubin, Vitry-sur-Seine (Seine). *Téléphone : Italie 06-96.* Renseignements à l'Etablissement ou 164, faubourg St-Honoré (VIII<sup>e</sup>), chez le D<sup>r</sup> Paul-Boncour. *Téléphone : Elysées 32-36.*

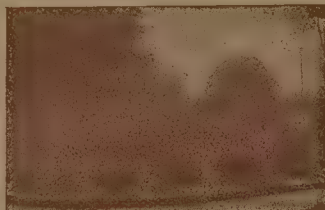
**Affections traitées :** Maison d'éducation et de traitement pour enfants et adolescents des deux sexes : retardés, nerveux, difficiles, etc.

**Disposition :** Pavillons séparés. Parc de 5 hectares.

**Confort :** Eau courante chaude et froide. Chauffage central.

**Traitement :** Hydrothérapique.

**Directeurs :** D<sup>r</sup> Paul-Boncour, O. \* et G. Albouy.



# SAINT-REMY

## CLINIQUE MÉDICALE

46, Boul. Carnot    Tél. Régional 755 et 850

LE VÉSINET (S.-et-O.).



-- -- TRAITEMENT -- --  
des affections du Système nerveux, des  
intoxications et des maladies de la nutrition

Repos — Convalescences — Régimes  
Electrothérapie — — Hydrothérapie

Dans banlieue agréable, paisible et saine.  
Très belle installation modèle, 6 pavillons séparés  
- - dans un parc fleuri de 2 hectares - -

Chambres gaies, meublées avec goût, très confortables,  
cabinets de toilette avec S. B. et W. C. privés.  
Galleries ensoleillées. Terrain et salons de jeux.  
- Excellente cuisine bourgeoise et de régimes -

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

-- -- MÉDECIN-DIRECTEUR -- --

-- -- **D<sup>r</sup> P. ALLAMAGNY** -- --

avec la collaboration du D<sup>r</sup> VIGNAUD,  
ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves  
-- -- et d'un médecin assistant -- --

## ANALYSES

### JOURNAUX ET REVUES

#### Psychiatrie.

- TRAMER. — Le « facteur temps » en psychiatrie infantile ..... 491
- E.-A. BLEY. — Etats réactifs aigus du bas-âge ..... 491
- E. SCHLESINGER. — Les rapports entre le développement physique, le type morphologique constitutionnel, les aptitudes intellectuelles et le caractère, pendant l'âge scolaire ..... 492
- W. RABITZ. — La démence infantile ..... 492
- H.-B. FANTHAM et A. PORTER. — Remarques sur une « famille » de taille petite, illégitimité et débilité mentale ..... 493
- S.-N. DAVIDENKOV. — Des principes de classification des formes d'affections héréditaires. 493

YODINE. — Contribution à la théorie des larges cycles constitutionnels et de la « polyhybridie » dans l'hérédité des psychoses .... 493

M. BLEULER et L. RAPOPORT. — Recherches sur la parenté constitutionnelle de la tuberculose et des maladies mentales ..... 494

H. MEYER. — Enquête sur l'hérédité chez les paralytiques généraux présentant après l'impaludation des troubles paranoïdes hallucinatoires ..... 494

P. TOMESCO et S. CONSTANTINESCO. — Sur la physiopathologie de l'obsession dentaire et de l'automatisme masticateur dans la paralysie générale ..... 494

A. OBRÉGIA et I. CONSTANTINESCO. — Le syndrome de mélancolie avec conscience succédant à la

(Suite du sommaire, page X).

# CHATEAU DES COUDRAIES

Ancienne Institution d'Eaubonne (fondée en 1847)

Magnifique Parc de 5 hectares, adossé à la forêt de Sénart. Très belle vue sur la vallée de la Seine. Très grand confort. Eau courante, chaude et froide, dans toutes les chambres, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète. Rayons U. V. Jardinage. Horticulture. Potagers de 20.000 m<sup>2</sup>. Tennis.



PRIX DE PENSION A PARTIR DE 900 FR. PAR MOIS

## ÉTIOLLES (S.-&-O.)

### ENFANTS ET JEUNES GENS ARRIÉRÉS

Education et Traitement  
des déficients intellectuels  
à tous les degrés

DIRECTEURS  
Drs M. et J. de CHABERT

de 2 à 5 heures  
sauf jeudis et dimanches  
25 km. de PARIS  
gare Evry-Petit-Bourg (P.-L.-M.)  
Arrêt des autocars Citroën  
27 - 28 - 29 : Dép. de Paris,  
pl. Denfert-Rochereau  
Tél. Corbeil 226



# DIVONNE-LES-BAINS

OUVERT  
TOUTE  
L'ANNÉE

Altitude 519 m. (Genève 16 km.) — AIN

LA GRANDE STATION FRANÇAISE DE REPOS  
-- -- dans un parc de 100 hectares -- --

==== Indication spéciale de cure pour : ====  
les troubles fonctionnels du SYSTÈME NERVEUX et des  
MALADIES DE LA NUTRITION qui s'y rattachent  
les maladies organiques du TUBE DIGESTIF et de la  
NUTRITION

## Dans le parc : Etablissement thermal

Hydrothérapie. Psychothérapie. Cures d'air, de repos,  
d'exercices et de culture physique. Massothérapie. Elec-  
trothérapie. Radiologie.

## Dans le parc : Les Hôtels

### HOTEL DU GOLF

Hôtel de grande classe, tous les appartements avec salle de  
bains, w.-c., téléphone. Première réalisation hôtelière dans  
la suppression des bruits.

### HOTEL CHICAGO

Résidence de tout premier ordre.

### LE GRAND HOTEL

Hôtel de premier ordre à *prix modérés*. Recommandé aux  
familles.

### LE PAVILLON DU GOLF

Grande terrasse avec vue splendide sur la chaîne des  
Alpes. Son restaurant, ses spécialités régionales, ses thés  
avec orchestre.

### MAISON MÉDICALE DE RÉGIME

Sous contrôle d'un médecin spécialiste. Cuisine diététique.  
Laboratoires d'analyses.

## Distractions Tous les sports

Théâtre. Concerts. Cinéma. Parc pour enfants.

Golf 18 trous. Tennis. Promenades. Canotage (5 km.  
du lac). Pêche à la truite.

Administrateur Directeur : I. TARTAKOWSKY

- phase paranoïde est un signe de rémission durable dans la paralysie générale ..... 495
- A. OBRÉGIA. — La cyclophrénie. Révision du chapitre « Psychose maniaco-dépressive » . 495
- G.-I. ODOBESCO. — Cyclophrénie familiale . 495
- R. KLEIN. — Analyse de la phase de guérison après strangulation, à propos d'une observation ..... 496
- CL. BENDA. — Le diagnostic topographique des tumeurs du cerveau ..... 497
- L. HALPHEN. — Contributions à la neurologie du lobe frontal et du corps calleux ; le syndrome des tumeurs frontocalleuses ..... 497
- G. DE NIGRIS. — Hypertonie effective paroxystique symptomatique, séquelle tardive de blessure de guerre du lobe frontal ..... 498
- B. KARBOWSKI et N. MESZ. — Absès du cerveau d'origine auriculaire compliqué d'épanchement d'air spontané intracranien avec issue favorable ..... 498
- F. HEUSCHEN. — Le syndrome de Morgagni (hyperostose frontale interne. Virilisme. Adipose) ..... 498
- L. STERLING et Mme I. KIPMAN. — Le syndrome de Ranisay Hunt et la polynévrite « cérébrale » ménieriforme ..... 499
- B. POMMÉ et J. DUGUET. — Physiologie du nerf spinal. La controverse vago-spinaliste .. 499

## Neurologie.

- R. BRUN. — Les travaux de Freud dans le domaine de la neurologie organique ..... 496
- G. MARINESCO, O. SAGER et A. FRIENDLER. — Etudes électrencéphalographiques ..... 496
- G. MARINESCO, O. SAGER et A. KREINDLER. — Etudes électrencéphaliques. — Les phénomènes de restitution et de compensation dans les lésions de l'encéphale (1<sup>re</sup> note) ..... 497

(Suite du sommaire, page XII).

# SANATORIUM BELLEVUE

## A KREUZLINGEN (Suisse)

(LAC DE CONSTANCE)

**Spécialement organisé pour le traitement des MALADIES NERVEUSES, MENTALES et des INTOXICATIONS**

Fondé en 1857 par le Dr L. Binswanger, grand-père du directeur actuel. Neuf villas différentes, situées dans un beau parc permettant la séparation complète des diverses formes de maladies, dont : 3 pour maladies mentales et 6 pour névroses, états d'épuisement et de convalescence.

TRAITEMENT : Psychothérapie (Psychoanalyse, etc.), thérapie par le travail : ateliers de menuiserie, de reliure et de tissage, jardinage. Gymnastique, massage, tennis, golf, équitation, natation. Installation hydrothérapeutique très moderne. Grande ferme modèle. Informations et prospectus par l'Administration.

**Médecin-directeur : Dr L. BINSWANGER**

# LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS *près* NYON (Suisse)

## ETABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

CONFORT MODERNE

||||| Chambres seules ou appartements de une ou plusieurs pièces |||||  
-- -- Magnifique situation au bord du Léman -- --  
-- A 22 km. de Genève sur la route de Lausanne -- --  
Six villas disséminées dans un grand parc de 45 hectares



## TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

ANALYSES PSYCHOLOGIQUES - CURES DE REPOS - RÉGIMES  
SUGGESTION - RÉÉDUCATION - PHYSIOTHÉRAPIE

Traitement organothérapique avec contrôle biologique (Cures d'insuline, pyrothérapie, malarithérapie) — Laboratoire d'analyses — Rayons X

||||| -- -- Divers ateliers très bien aménagés -- -- |||||  
Etudes et leçons particulières dans l'établissement  
-- -- -- Sports d'été et sports d'hiver -- -- --  
-- Trois tennis — Bains du lac — Equitation --

Quatre médecins et un nombreux personnel spécialisés assurent le traitement

*Prix de pension variant suivant la nature du traitement  
et le genre de l'installation choisie (à partir de Fr. suisses 30 par jour)*

DEMANDEZ PROSPECTUS A L'ADMINISTRATION

Adresse télégraphique :  
RIVAPRANGINS NYON

||| Téléphones { Administration : Nyon 95.442  
Service Médical : Nyon 95.441  
(de préférence entre 11 heures et midi)

Médecin-chef : D<sup>r</sup> O.-L. FOREL, Privat-Docent à l'Université de Genève.

F. BERCHENKO. — Un cas de sclérose en plaques avec néoformation pseudo-médullaire par régénération ..... 499

### Anatomie.

L. MARCHAND. — Tumeur cérébrale d'origine dureriennne à symptomatologie mentale et à caractères histologiques particuliers ..... 500

B. BROUWER, M. BIELCHOWSKY et E. HAMMER. — Etude anatomo-clinique d'un cas d'hémicraniose ..... 500

FÈVRE et R. HUGUENIN. — Encéphalocèle atypique réalisant une tumeur solide à la racine du nez ..... 500

R. DE PUYSELEYR. — De l'importance, en chirurgie du sympathique cervical, des variations

anatomiques des organes nerveux, artériels et osseux de la base du cou ..... 500

B. DOLGO-SABOUROFF. — Les ganglions nerveux sur le cours des vaisseaux sanguins .... 501

J. TINEL, G. UNGAR et J. BRINCOURT. — Etude comparée des lésions pulmonaires expérimentales d'origine nerveuse ..... 501

L. EINARSON et H. OKKELS. — Les glandes endocrines et le cerveau dans la vieillesse .. 501

### Biologie.

F. GEORGI. — Problèmes psychiatriques et neurologiques à la lumière de la pathologie humorale ..... 502

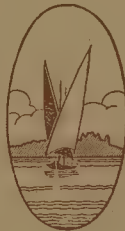
M. BENVENUTI. — De la présence du spirochète pâle dans le système nerveux végétatif. 502

(Suite du sommaire page XIV).

## CENTRE MÉDICO - PSYCHOLOGIQUE POUR ENFANTS

# “ La Métairie ”

-- NYON (Vaud) -- SUISSE -- Tél. : Nyon 95.626 --



Traitement des troubles nerveux de l'enfance.  
Action pédagogique combinée au traitement  
médical. Individualisation de l'enseignement.  
-- -- Séjours d'observation. -- --  
Institut pathopsychologique spécialisé  
pour examens et expertises neurologi-  
-- -- ques et psychologiques. -- --  
Consultations tous les jours. Dr Guillerey,  
Médecin Directeur, Dr Duby, Dr Calame.  
Médecin consultant : Professeur d'Université  
Dr O. Lœwenstein. -- -- -- --

# MAISON DE SANTÉ

161, rue de Charonne -- PARIS-XI<sup>e</sup>

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D<sup>r</sup> CL. VURPAS

*Médecin de La Salpêtrière*

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

## VILLA PENTHIÈVRE

*Maison de Santé et de Convalescence*

SCEAUX (Seine) Tél. 12

**PSYCHOSES — NÉVROSES**



MÉDECIN-DIRECTEUR : D<sup>r</sup> BONHOMME, Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECINS ASSISTANTS : D<sup>r</sup> CODET, Ancien Chef de Clinique de la Faculté



## VARIÉTÉS

### Société Médico-Psychologique :

Séances ..... 503

Séances du lundi 26 juillet 1937 ..... 503

### Asiles publics d'aliénés :

Nomination ..... 504

### Réunions et Congrès :

II<sup>e</sup> Congrès International d'Hygiène Mentale

(Paris, 19-25 juillet 1937) ..... 504

Société Suisse de Psychiatrie ..... 512

93<sup>e</sup> Réunion annuelle de l'American psychiatrie

Association ..... 512

Exposition Internationale des Hôpitaux . 512

### Université de Paris :

Faculté de Médecine, Chaire de clinique psy-

chiatrice ..... 512

## INFORMATIONS

Soixante-dixième Congrès des Sociétés Savantes  
de Paris et des départements (Paris, 18-22  
mai 1937) ..... XVIII

## *Ecole du Docteur Henriette Hoffer*

ETABLISSEMENT PSYCHO - MÉDICO - PÉDAGOGIQUE  
POUR ENFANTS INAPTES A SUIVRE LES CLASSES NORMALES  
(ENFANTS RETARDÉS, DÉLICATS, SOURDS, PARLANT MAL)

Fondatrices : D<sup>r</sup> H. HOFFER et Madame Anne-Marie BUSSEAU



« MONTCLAIR »

I, Grande Rue, BELLEVUE-MEUDON (Seine-&-Oise) - Téléph. : Observatoire 17-45

# LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4

— PARIS, 4<sup>e</sup> Arr<sup>t</sup>

## AMIDAL

Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées

Deux à quatre cuillerées à café,  
ou quatre à huit comprimés, dragées  
ou cachets par jour

Entérites aiguës et chroniques.  
Entéro colites. Dysenterie.  
Toutes les Diarrhées.  
La constipation spasmodique.

## VITAMYL IRRADIÉ

Extrait concentré de vitamines A, B, et C.

Ergostérol irradié  
Une cuillerée à café  
avant chacun des trois repas.

Carences et Pré-carences.  
Rachitisme.  
Déminéralisation.  
Troubles de la Croissance

## GÉNÉSÉRINE

POLONOVSKI et NITZBERG

Deux à trois granules ou dragées ou 20 à 30  
gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule  
injectable chaque jour pendant 10 jours.

Hypo-acidité gastrique.  
Syndrome solaire.  
Dyspepsie atonique.  
Palpitations et Tachycardie  
des cœurs nerveux.

## GÉNATROPINE

POLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour,  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule injectable par jour.

Hyperchlorydrie.  
Spasmes digestifs — Vomissements.  
Coliques — Diarrhées.

## GÉNOSCOPOLAMINE

POLONOVSKI et NITZBERG

4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour,  
en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.

Maladie de Parkinson.  
Syndromes post-encéphalitiques.  
Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.

## GÉNHYOSCYAMINE

POLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule par jour.

Spasmes digestifs.  
Tremblements.  
Syndromes parkinsoniens.  
Sueurs des tuberculeux.

## GÉNOSTRYCHNINE

POLONOVSKI et NITZBERG

ou

Ampoules — Goutte — Granules

## GÉNOSTHÉNIQUES

Cacodylate de Génostrychnine et de Gènesérine.

2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas.  
1 ampoule injectable chaque jour.

Asthénie.  
Neurasthénie — Surmenage.  
Anémie — Convalescence.  
Paralysies atoniques.

## GENOMORPHINE

POLONOVSKI et NITZBERG

En comprimés dosés à 2 Ctgrs (2 à 3 fois  
par jour) ou en ampoules injectables  
dosées à 4 Ctgrs.

La Douleur.  
L'Anxiété — l'Agitation.  
Les Dyspnées spasmodiques.  
La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

# PARALYSIE GÉNÉRALE

CHIMIOTHÉRAPIE

## STOVARSOL SODIQUE

4 oxy 3-Acétylamino-phényl  
1 Arsinate de sodium

AMPOULES dosées  
à 0,gr.50 et 1gr.

INJECTIONS  
Sous-Cutanées ou  
Intramusculaires

PYRÉTHÉRAPIE

## DMELCOS

émulsion stabilisée  
de bacilles de Ducrey

AGENT PYRÉTOGÈNE  
RÉGLABLE À VOLONTÉ

AMPOULES  
de 1/2 cc. à 3 cc.

INJECTIONS  
Intraveineuses

*"Studialex"*

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE  
**SPECIA** MARQUES "POULENC FRÈRES" et "USINES du RHÔNE"  
21 rue Jean Goujon — Paris —



## CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers — Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

### TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE  
ÉLECTROTHÉRAPIE

ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC  
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES

MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS  
MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

*Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris*  
*Autobus n° 122 au Château de Vincennes (Station du Métro).*

## ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE

ET

## MAISON DE CONVALESCENCE

Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS

*Anciens Internes des Asiles de la Seine*

*Médecins-Directeurs*

### VILLA MONTSOURIS

130, rue de la Glacière

PARIS

Téléphone : Gobel. 05-40

MARDI, VENDREDI

2 à 5

### CHATEAU de l'ABBAYE

VIRY-CHATILLON

(S.-et-O.)

Téléphone : Juvisy 76

PARC : Huit Hectares

TRAITEMENT DES MALADIES  
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES

— « PRIX MODÉRÉS » —

## INFORMATIONS

---

REPUBLIQUE FRANÇAISE  
MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
*Direction de l'Enseignement supérieur*

---

SOIXANTE-DIXIÈME CONGRÈS  
DES SOCIÉTÉS SAVANTES  
DE PARIS ET DES DÉPARTEMENTS  
(Paris, 18-22 mai 1937)

---

Le soixante-dixième Congrès des Sociétés savantes de Paris et des départements s'ouvrira à Paris, le mardi 18 mai 1937, à 2 heures. Les

(A suivre, page d'annonces XX).

# CLINIQUE BELLEVUE

Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse)

—  
Etablissement  
neuro-psychiatrique  
==

Installations modernes et confortables  
—



CURES  
de désintoxication,  
de repos  
et d'isolement.  
Psychothérapie.  
==

Vastes parcs ombragés. Vie de famille.  
—

Prospectus — Prix très modérés

Directeur : D<sup>r</sup> H. BERSOT



**LE CASTEL  
D'ANDORTE**

- 342, Route du Médoc -  
LE BOUSCAT, près Bordeaux  
- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -

**MALADIES MENTALES  
- ET NERVEUSES -**

Médecin-Directeur :  
Docteur Pierre CHARON

# Epilepsie

## ALEPSAL

**simple, sûr, sans danger**

Echantillons & Littérature  
LABORATOIRES GÉNÉVRIER 2 Rue du Débarcadère PARIS.

**SOIXANTE-DIXIEME CONGRES  
DES SOCIETES SAVANTES  
DE PARIS ET DES DEPARTEMENTS  
(Paris, 18-22 mai 1937)**

(Suite)

journées des *mardi 18, mercredi 19, jeudi 20 et vendredi 21 mai* seront consacrées aux travaux du Congrès. *M. le Ministre de l'Education nationale* présidera la séance générale de clôture, le *samedi 22 mai*, à 3 heures.

COMMUNICATIONS FAITES AU CONGRÈS. — Les mémoires, entièrement terminés, *dactylographiés sur le recto*, accompagnés des dessins, photographies, cartes, croquis, etc., nécessaires, devront être adressés, *avant le 15 janvier 1937, au 2<sup>e</sup> Bureau de la Direction de l'Ensei-*

(A suivre, page d'annonces XXI).

## **CLINIQUE PRIVÉE**

D<sup>r</sup> Th. BRUNNER

### **KUSNACHT près ZURICH**

Traitement des maladies mentales et nerveuses. Cures pour convalescents et surmenés. Traitement spécial de l'épilepsie (méthode D<sup>r</sup> Ulrich), des toxicomanies (insuline) et des affections parasymphilitiques (intrarachidien et malaria). Installations hydro- et électrothérapiques. Possibilité d'occupations diverses et de sport (golf, tennis, gymnastique, équitation, canotage, natation, pêche).

### **CUISINE INDIVIDUELLE ET DIÉTÉTIQUE**

4 maisons séparées, situées dans un vieux parc, au bord du lac.

**Prix de pension à partir des frs. s. 15**

(traitement médical y compris)

**2 médecins.**

**Médecin en chef : D<sup>r</sup> Th. BRUNNER**

**SOIXANTE-DIXIEME CONGRES  
DES SOCIETES SAVANTES  
DE PARIS ET DES DEPARTEMENTS  
(Paris, 18-22 mai 1937)**

(Suite)

gnement supérieur. Il ne pourra être tenu compte des envois parvenus postérieurement à cette date.

En vue de la publication au *Journal Officiel* des procès-verbaux des séances du Congrès, un *résumé succinct* de chaque communication devra être joint au manuscrit.

Il est laissé aux Congressistes toute latitude dans le choix des sujets traités, qu'ils aient ou non un lien avec le *Programme*, dressé par le Comité des Travaux historiques et scientifiques. Toutefois, l'ins-

(A suivre, page d'annonces XXII).

# CHATEAU DU BEL-AIR

**VILLENEUVE-St-GEORGES, 15 minutes de Paris**

65 trains par jour dans chaque sens

Voitures à la gare de Villeneuve-St-Georges : *Trajet en 3 minutes*

**PARC**  
de 8 hectares  
à  
flanc de coteau  
au midi

**Confort Moderne**

**CHAMBRES**  
avec  
Salles de bains  
privées



Cures de Repos  
Convalescences  
Régimes  
Désintoxications  
Psychothérapie  
Héliothérapie  
Malariathérapie

**MÉDECINS  
SPÉCIALISTES**  
*résident  
au Château*

**D<sup>rs</sup> H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES**

Ancienne Maison de Santé fondée par le D<sup>r</sup> Blanche à Passy

Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

**PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE**

SOIXANTE-DIXIEME CONGRES  
DES SOCIETES SAVANTES  
DE PARIS ET DES DEPARTEMENTS  
(Paris, 18-22 mai 1937)

(Suite)

cription à l'ordre du jour du Congrès des communications présentées sera subordonnée à l'approbation de ce Comité.

Ces prescriptions ne restreignent pas le droit, pour chaque Congressiste, de demander la parole sur les questions du programme.

CONDITIONS DE PARTICIPATION AU CONGRÈS. — Les personnes désireuses de prendre part aux travaux du Congrès recevront, sur demande adressée, *avant le 1<sup>er</sup> avril*, à M. le Ministre — 2<sup>e</sup> Bureau de la Direc-

(A suivre, page d'annonces XXIII).

## NEUROBORE PUR

Solution inaltérable de tartrate borico-potassique pur  
1 gr. par cuillerée à café

**SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS NERVEUSES**

*Pas d'Acné — Pas de troubles gastro-intestinaux — Pas de dépression cardiaque*

## NEUROBORE -G- ASSOCIÉ

Tartrate borico-potassique + Phénylethyl-malonylurée + Correctif  
en cachets solubles

**MÉDICATION D'ATTAQUE**

des Affections nerveuses graves, des Insomnies rebelles

## CANTÉINE

**BOUTEILLE**

(Cratægus -- Passiflore -- Hamamélis -- Salix alba)  
Erethisme cardiaque - Neurasthénie - Mélancolie - Déprimés  
-- Troubles circulatoires et troubles nerveux consécutifs --

Echantillon gratuit sur demande

**Laboratoire E. BOUTEILLE, 23, rue des Moines, PARIS (17<sup>e</sup>)**

**SOIXANTE-DIXIEME CONGRES  
DES SOCIETES SAVANTES  
DE PARIS ET DES DEPARTEMENTS  
(Paris, 18-22 mai 1937)**

(Suite)

tion de l'Enseignement supérieur — une carte de congressiste donnant accès dans les salles de séances.

Les compagnies de chemins de fer accorderont aux Congressistes, ainsi qu'à leurs femmes, enfants mineurs et filles non mariées les accompagnant, qui se rendront à Paris, une réduction de 40 % sur le prix de deux billets simples. Cette réduction, valable du 13 au 27 mai 1937, sera consentie sur présentation, par chaque intéressé, le jour du départ, d'une formule individuelle qui lui sera adressée en temps utile par le 2<sup>e</sup> Bureau.

(A suivre, page d'annonces XXIV).

**MAISON de SANTÉ de PRÉFARGIER**  
===== *près Neuchâtel, Suisse* =====

Traitement  
des maladies  
nerveuses  
et mentales,  
de l'alcoolisme,  
des toxicomanies.

●  
Installations  
modernes



Psychothérapie.

●  
Traitement  
individuel.  
Occasions variées  
d'occupation  
rationnelle  
pour les  
pensionnaires

**Situation ravissante au bord du lac de Neuchâtel  
Vaste parc de 30 hectares**

~~~~~  
**Deux médecins spécialistes résidant à l'Etablissement
Médecin-Directeur : D^r O. Riggénbach**

===== PROSPECTUS =====

**SOIXANTE-DIXIEME CONGRES
DES SOCIETES SAVANTES
DE PARIS ET DES DEPARTEMENTS
(Paris, 18-22 mai 1937)**

(Suite)

Les Congressistes seront tenus de faire viser ladite formule par le Secrétaire du Congrès, avant d'effectuer le trajet de retour, faute de quoi le coupon de retour du billet d'aller et retour délivré par la gare de départ perdrait toute valeur.

L'itinéraire pourra être différent à l'aller et au retour, mais devra obligatoirement ramener le voyageur à la gare initiale. Celui-ci aura la faculté de s'arrêter en cours de route en se munissant, soit à la gare de départ, soit à la gare d'arrêt, d'un bulletin d'arrêt moyennant le versement d'une somme de 2 francs.

(A suivre, page d'annonces XXVI).

**Etablissement Médical de MEYZIEU (Isère)
Près LYON**

Fondé en 1881 par le Docteur Ant. COURJON

Direction médicale

D^r Rémi COURJON, Médecin des Asiles, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon, Expert près la Cour d'Appel de Lyon.

D^r Jean THÉVENON, Ex-interne des Hôpitaux de Lyon, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon.

Un médecin-adjoint

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

**NÉVROSES, PSYCHOSES, INTOXICATIONS
CURE DE RÉGIME, SEVRAGE, ISOLEMENT**

*Pour tous renseignements : s'adresser au Directeur à Meyzieu,
tél. n° 5, ou à Lyon, Cabinet du D^r Rémi Courjon, 4, rue
Président Carnot, les mardi et jeudi de 15 à 17 h. Tél.
Franklin 07-28.*



CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



●
D^r Marcel DHERS

◆
Climat toni-sédatif

MAISON
de Traitements
de Repos ~~~~~
de Régimes ~

~~~~~  
**Affections nerveuses  
Intoxications  
Convalescences**



Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu  
-- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --  
*Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie*

## MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le D<sup>r</sup> Tarrius)

**6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE**

Téléphone : 68 St-Denis



Maladies mentales et nerveuses des deux sexes  
Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie  
Rayons ultra-violets

### PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

**CHAUFFAGE CENTRAL -- ELECTRICITÉ -- CHAPELLE**

*L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins  
qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades*

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.

SOIXANTE-DIXIEME CONGRES  
DES SOCIETES SAVANTES  
DE PARIS ET DES DEPARTEMENTS  
(Paris, 18-22 mai 1937)

(Suite)

*Les Congressistes désireux de profiter de ces facilités devront en aviser le 2<sup>e</sup> Bureau de la Direction de l'Enseignement supérieur avant le 20 février 1937, dernier délai, en indiquant exactement leur itinéraire.*

1<sup>o</sup> Section de philologie et d'histoire (jusqu'à 1715).

2<sup>o</sup> Section d'archéologie.

*Section d'Archéologie.* — Le Comité recommande instamment d'accompagner les communications qui les comportent de dessins, photographies, calques, estampages et moulages. Il examinera très volontiers les propositions qui pourraient être faites de joindre, à titre d'illustration, des projections à la lecture de

(A suivre, page d'annonces XXVII).

## CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE PAU

FONDÉ EN 1930

aux portes de la Ville, sur la hauteur, au milieu d'un grand parc clos avec tout confort moderne. CLIMAT TONI-SÉDATIF RÉPUTÉ

Directeur Médical : **Docteur MONESTIER**, Médecin honoraire des Asiles

Directeur administratif : **E. COCONAS**, Professeur spécialisé diplômé

**GARÇONS** nerveux, instables, hyperémotifs, angoissés, grognons, obstinés, paresseux, négligents, portés à dire des grossièretés, querelleurs, mauvais instincts, insomniaques, tiqueurs. Redressement moral. Retardés scolaires et thyroïdiens. Délicats, anémisés, fatigués, convalescents, malingres, entéritiques, ganglionnaires, etc.



Action pédagogique combinée avec traitement médical. Instruction par petits groupes et classement par catégories distinctes. Orientation professionnelle.

• • •

Jardin d'hiver. Jeux. Sports. Gymnastique médicale. Hydrothérapie complète.

**SECTION ENTRAÎNEMENT MÉDICO-PROFESSIONNELLE AVEC ATELIERS**  
Section spéciale pour enfants pouvant fréquenter les Cours du Lycée ou Collège

● **PRIX :** Depuis 450 fr. par mois. Chambres particulières ●  
**Contagieux, grands arriérés, grands nerveux et grands agités ne sont pas admis**

**VILLA FORMOSE, 1, Allées de Morlaas -- PAU (B.-P.)** Tél. 27-07

● **NOTICE ILLUSTRÉE SUR DEMANDE ADRESSÉE A M. LE DIRECTEUR** ●

SOIXANTE-DIXIEME CONGRES  
DES SOCIETES SAVANTES  
DE PARIS ET DES DEPARTEMENTS  
(Paris, 18-22 mai 1937)

(Suite)

certaines mémoires et à l'exposé de certaines communications. Mais il est indispensable que, dans ce cas, une épreuve des clichés proposés lui parvienne en même temps que le mémoire manuscrit.

- I. Archéologie préromaine.
- II. Archéologie romaine.
- III. Archéologie du Moyen Age.
- IV. Archéologie orientale.

3° Section des sciences économiques et sociales.

4° Section d'histoire moderne (depuis 1715) et d'histoire contemporaine.

(A suivre, page d'annonces XXVIII).

## TRAITEMENTS AURIQUES

Tuberculose D. P. Rhumatisme

(Voie intramusculaire)

### Oléochrysos Lumière

*Suspension dans l'huile d'auro-thiopropanol sulfonate de strontium*

### Oléochrysine Lumière

*Suspension huileuse d'auro-thiopropanol sulfonate de calcium*

### Allochrysine Lumière

*Sel organique d'or*

## DÉSENSIBILISATIONS omnivalentes NON SPÉCIFIQUES

Anaphylaxie, Manie, Mélancolie

### EMGÉ LUMIÈRE

(Thiosulfate magnésien)

} ab ore  
voie veineuse  
voie musculaire

*Littérature et Echantillons :*

**LABORATOIRES LUMIÈRE, 45, Rue Villon, LYON**

SOIXANTE-DIXIEME CONGRES  
DES SOCIETES SAVANTES  
DE PARIS ET DES DEPARTEMENTS  
(Paris, 18-22 mai 1937)

(Suite)

- I. XVIII<sup>e</sup> siècle.
- II. Période révolutionnaire.
- III. XIX<sup>e</sup> siècle.

*Sous-Section d'histoire économique de la Révolution.*

*5<sup>e</sup> Section des sciences.*

- I. Mathématiques et astronomie.
- II. Physique et météorologie.
- III. Géologie et minéralogie.
- IV. Botanique.
- V. Zoologie.
- VI. Chimie.
- VII. Sciences médicales et hygiène.
- VIII. Sciences appliquées.

*6<sup>e</sup> Section de géographie.*



**VILLA LUNIER**  
**à BLOIS**

**consacrée aux maladies mentales**

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent **D<sup>r</sup> LUNIER**, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central. Eclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitements classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmiers et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'internes.

Le prix de pension varie de 550 fr. par mois à 1.600 fr. selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre 2.600 et 3.600 fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. —  
**Téléphone : 2-82.**

**Médecin en Chef-Directeur : D<sup>r</sup> OLIVIER**

Pour **RENSEIGNEMENTS**, demander le **PROSPECTUS DÉTAILLÉ**



## SOMMAIRE DU N° 4 (tome I), AVRIL 1937

### MÉMOIRES ORIGINAUX

- L. Vervaeck. — Anormaux et défense sociale. Comment concilier les exigences de la défense sociale à l'égard des criminels anormaux avec les nécessités de leur assistance et leur reclassement ..... 513
- Madeleine Derombies. — Le régime des aliénés criminels et délinquants en Angleterre et en Ecosse (*suite et fin*) ..... 536
- H. Beaudouin et G. Daumézon. — Essai de traitement spécifique, chez diverses psychopathes présentant des réactions humorales positives (Rappel documentaire et résultats schématisés)..... 560

(Suite du sommaire, page II).

# MAISON DE SANTÉ

— D'IVRY-SUR-SEINE —

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

## MALADIES MENTALES & NERVEUSES

NOMBREUX PAVILLONS  
DANS UN PARC DE 12 HECTARES

Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS  
Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris  
Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

*Séance du jeudi 8 avril 1937*

- J. FRETET et M. ROUGEAN. — Pathomimie chez un débile vaniteux ..... 575
- G. DAUMÉZON, G. FERDIÈRE et HADJI DIMO. — Réactions pathomimiques d'une débile 579
- J. DELMOND, Y. LONGUET et L. ANGLADE. — Paralyse générale infantile et neurosyphilitis familiale ..... 582
- H. PICHARD et J. GOLSE. — Un cas de maladie de Lobstein avec troubles mentaux .. 586
- P. COURBON et R. STORA. — Parapragmatisme social et rêverie de compensation .... 590

- J. FRETET. — Erotomanie. Délire de liaison flatteuse ..... 595
- G. FERDIÈRE et J. FORTINEAU. — Schizose avec syndromes érotomaniac et mystique 599
- P. GUIRAUD, G. DAUMÉZON et G. FERDIÈRE. — Rythme verbal progressif jusqu'à la complainte chez une persécutée sénile .. 603

*Séance du lundi 26 avril 1937*

- Adoption du procès-verbal ..... 607
- Correspondance ..... 607

(Suite du sommaire, page IV).

## CHATEAU

DIRECTEUR : D<sup>r</sup> Gaston MAILLARD

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris  
Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière

Médecin-adjoint : D<sup>r</sup> Charles GRIMBERT

— MAISON DE SANTÉ MODERNE —  
POUR DAMES ET JEUNES FILLES

DE

L'HAY<sup>Û</sup>-LES  
-ROSES



INSTALLATION  
DE  
PREMIER ORDRE  
~~~~~  
Notice sur demande

2, rue Dispan
L'HAY^Û-
LES-ROSES
(SEINE)
~~~~~  
TÉLÉPHONE : 5

AFFÉCTIONS DU SYSTÈME NERVEUX  
- CURES DE DÉSINTOXICATION -  
-- DE REPOS ET DE RÉGIMES --

# CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison  
de Santé  
de Repos  
de Régimes



FONDÉE PAR  
M. le D<sup>r</sup> MAGNAN  
Membre de  
l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

## HYDROTHERAPIE - ÉLECTROTHERAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

D<sup>r</sup> FILLASSIER O. \* ✂ D<sup>r</sup> DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

|                                                                                                                                   |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Election de 2 membres associés étrangers .....                                                                                    | 608 |
| E. MINKOWSKI. — A propos du problème des hallucinations .....                                                                     | 608 |
| J. VIÉ. — Sur la nature de la certitude hallucinatoire et l'étude analytique des hallucinations .....                             | 614 |
| P. GUIBAUD. — La théorie des écrans sensoriels et l'hallucination .....                                                           | 618 |
| J. DUBLINEAU. — Déséquilibre psychique apparu trois ans après un chancre traité. Pyrexie prolongée antérieure à la syphilis ..... | 626 |
| J. DUBLINEAU et TARBOURIECH. — Confusion mentale périodique chez un enfant héré-                                                  |     |

|                                                                                                                                                |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| do-syphilitique .....                                                                                                                          | 629 |
| J. DUBLINEAU et TARBOURIECH. — Syndrome d'agitation confusionnelle évoluant sur un terrain hérédo-syphilitique .....                           | 632 |
| R. et M. ROUGEAN. — Anorexie mentale et hypophyse .....                                                                                        | 634 |
| L. VALLADE. — La leucoplasie buccale chez les paralytiques généraux .....                                                                      | 638 |
| H. BARUK et Mlle GEVAUDAN. — Syndromes périodiques nerveux et mentaux en dehors des états maniaques dépressifs. Les névroses périodiques ..... | 641 |
| M. DIDE et PETIT. — Contracture en flexion des mains dans les lésions préfrontales et réflexe de préhension forcée .....                       | 653 |

(Suite du sommaire page VI).

## MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

8, Avenue du 11 Novembre —:— Observatoire 10-62

MÉDECIN-DIRECTEUR : D<sup>r</sup> BUSSARD  
MÉDECIN ASSISTANT : D<sup>r</sup> Paul CARRETTE

❖  
Maladies  
du  
Système  
nerveux  
et de la  
Nutrition  
❖



Psycho-  
névroses  
❖  
Intoxica-  
tions  
❖  
Convales-  
cences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne, éclairage électrique, eau courante chaude et froide dans les chambres, chauffage central.

# VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES  
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

*Cures de désintoxication*

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



*12 chalets pourvus du confort moderne  
disséminés dans un parc de 5 hectares.*

*Chambres ou appartements à plusieurs pièces*

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins  
qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS

Médecin assistant : Docteur LECLERCQ

Téléphone : LE VESINET 12



## SOCIÉTÉS

### Société de Neurologie de Paris

Séance du 8 avril 1937

- M. VILLARET, J. HAGUENAU et P. BARDIN. — Hémiplegie et gangrène des extrémités paralysées 658
- J.-A. BARRÉ et C. D'ANDRADE. — Nystagmus clinique provoqué dans un nouveau cas de tumeur pariétale ..... 659
- BEAU. — Syndrome de Brown-Séquard, ancien de 27 ans, réactivé à l'occasion d'un zona 659
- LHERMITTE. — Un cas de maladie de Van den Hoeve ..... 659
- J. TINEL. — Réalité physiologique de certaines anesthésies hystériques ..... 659

CHAVANY et DAVID. — Un cas de guérison par laminectomie d'un syndrome de compression médullaire par épendymite chronique..... 660

M. VILLARET, J. HAGUENAU et P. BARDIN. — Hallucinoïse chez un acromégale syphilitique... 660

### Société de Médecine Légale de France

Séance du jeudi 8 avril 1937

P. BEAUSSART. — Transfixion frontale par tentative de suicide. Fabulation compensatrice de l'amnésie traumatique ..... 660

(Suite du sommaire page VIII)

## INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE VITRY-SUR-SEINE

**Adresse :** 22, rue Saint-Aubin, Vitry-sur-Seine (Seine). *Téléphone : Italie 06-96.* Renseignements à l'Etablissement ou 164, faubourg St-Honoré (VIII<sup>e</sup>), chez le D<sup>r</sup> Paul-Boncour. *Téléphone : Elysées 32-36.*

**Affections traitées :** Maison d'éducation et de traitement pour enfants et adolescents des deux sexes : retardés, nerveux, difficiles, etc.

**Disposition :** Pavillons séparés. Parc de 5 hectares.

**Confort :** Eau courante chaude et froide. Chauffage central.

**Traitement :** Hydrothérapique.

**Directeurs :** D<sup>r</sup> Paul-Boncour,  
O. \* et G. Albouy.



# SAINT-REMY

CLINIQUE MÉDICALE

46, Boul. Carnot • Tél. Régional 755 et 850

LE VÉSINET (S.-et-O.).



-- -- TRAITEMENT -- --  
des affections du Système nerveux, des  
intoxications et des maladies de la nutrition

Repos — Convalescences — Régimes  
Electrothérapie — — Hydrothérapie

Dans banlieue agréable, paisible et saine.  
Très belle installation modèle, 6 pavillons séparés  
- - dans un parc fleuri de 2 hectares - -

Chambres gaies, meublées avec goût, très confortables,  
cabinets de toilette avec S. B. et W. C. privés.  
Galeries ensoleillées. Terrain et salons de jeux.  
- Excellente cuisine bourgeoise et de régimes -

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

-- -- MÉDECIN-DIRECTEUR -- --

-- -- **D<sup>r</sup> P. ALLAMAGNY** -- --

avec la collaboration du D<sup>r</sup> VIGNAUD,  
ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves  
-- -- et d'un médecin assistant -- --

**Société de Médecine Mentale  
de Belgique**

*Séance du 20 mars 1937*

- R. NYSSSEN et BUSSCHAERT. — Des troubles de la sensibilité à la douleur dans la paralysie générale ..... 661
- DELLAERT. — L'intelligence chez les malades mentaux ..... 661

**Groupement Belge  
d'Etudes Oto-Neuro-Ophthalmologiques  
et Neuro-Chirurgicales**

*Séance du 20 mars 1937*

- P. MARTIN. — Présentation de malades..... 663
- J. DE BUSSCHER, L. VAN BOGAERT et THIENPONT. — Exophtalmie unilatérale consécutive au déplacement de l'orbite par un volumineux ostéome frontal chez une fillette de 15 ans ..... 663
- E. DE SAVITSCH et R.-A. LEY. — Myoclonies vélopalato-laryngées au cours d'un neurinome latéro-bulbaire ..... 664
- L. VAN BOGAERT, P. MARTIN et J. HELSMOORTELT. — Neurinome de l'acoustique et arachnoïdite opto-chiasmatique ..... 664

(Suite du sommaire, page X).

# CHATEAU DES COUDRAIES

Ancienne Institution d'Eaubonne (fondée en 1847)

Magnifique Parc de 5 hectares, adossé à la forêt de Sénart. Très belle vue sur la vallée de la Seine. Très grand confort. Eau courante, chaude et froide, dans toutes les chambres, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète. Rayons U. V. Jardinage. Horticulture. Potagers de 20.000 m<sup>2</sup>. Tennis.



**PRIX DE PENSION A PARTIR DE 900 FR. PAR MOIS**

## ÉTIOLLES (S.-&-O.)

### ENFANTS ET JEUNES GENS ARRIÉRÉS

Education et Traitement  
des déficients intellectuels  
à tous les degrés

#### DIRECTEURS

**D<sup>rs</sup> M. et J. de CHABERT**

de 2 à 5 heures  
sauf jeudis et dimanches  
25 km. de PARIS

gare Evry-Petit-Bourg (P.-L.-M.)

Arrêt des autocars Citroën  
27 - 28 - 29 : Dép. de Paris,  
pl. Denfert-Rochereau  
Tél. Corbeil 226

# DIVONNE-LES-BAINS

OUVERT  
TOUTE  
L'ANNÉE

Altitude 519 m. (Genève 16 km.) — AIN

LA GRANDE STATION FRANÇAISE DE REPOS

-- -- dans un parc de 100 hectares -- --

==== Indication spéciale de cure pour : ====  
les troubles fonctionnels du SYSTÈME NERVEUX et des  
MALADIES DE LA NUTRITION qui s'y rattachent  
les maladies organiques du TUBE DIGESTIF et de la  
==== NUTRITION =====

## Dans le parc : Etablissement thermal

Hydrothérapie. Psychothérapie. Cures d'air, de repos,  
d'exercices et de culture physique. Massothérapie. Elec-  
trothérapie. Radiologie.

## Dans le parc : Les Hôtels

### HOTEL DU GOLF

Hôtel de grande classe, tous les appartements avec salle de  
bains, w.-c., téléphone. Première réalisation hôtelière dans  
la suppression des bruits.

### HOTEL CHICAGO

Résidence de tout premier ordre.

### LE GRAND HOTEL

Hôtel de premier ordre à *prix modérés*. Recommandé aux  
familles.

### LE PAVILLON DU GOLF

Grande terrasse avec vue splendide sur la chaîne des  
Alpes. Son restaurant, ses spécialités régionales, ses thés  
avec orchestre.

### MAISON MÉDICALE DE RÉGIME

Sous contrôle d'un médecin spécialiste. Cuisine diététique.  
Laboratoires d'analyses.

**Distractions** Théâtre. Concerts. Cinéma. Parc pour enfants.

**Tous les sports** Golf 18 trous. Tennis. Promenades. Canotage (5 km.  
du lac). Pêche à la truite.

Administrateur Directeur : I. TARTAKOWSKY

## ANALYSES

### LIVRES, THÈSES, BROCHURES

#### Psychiatrie.

- W. WEYGANDT. — L'arriération intellectuelle, son diagnostic, son traitement et sa prophylaxie ..... 665
- E. FÜNFELD. — Les psychoses de motilité et les psychoses amentielles ..... 666
- S. ROUSSET. — Le syndrome moteur catatonique. Son existence au cours des psychoses de régression (présénile et sénile) non schizophréniques. Etude clinique ..... 667
- E. PICHON. — Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent ..... 668

#### Neurologie.

- N. BLACKMAN. — Etiologie de la sclérose en plaques ..... 669
- B. SJÖVALL. — La dystrophie musculaire progressive, étude hérédopathologique et clinique ..... 669

#### Biologie.

- A. RICHARD. — Contribution à l'étude de l'inhibition cardiaque ..... 670

#### Thérapeutique.

- J. SANDERS. — Le problème de la castration. Etude des cas de castration pour anomalies sexuelles en Hollande et à l'étranger .. 671

(Suite du sommaire, page XII).

## CLINIQUE « LA MÉTAIRIE »

-- -- NYON (Vaud) -- SUISSE -- Tél. Nyon 95.626 -- --



TRAITEMENT DES MALADIES  
NERVEUSES. TOUTES DÉSINTOXI-  
CATIONS. CONVALESCENCES ET RÉ-  
GIMES. CURES DE REPOS ET D'ISO-  
LEMENT. SÉJOURS D'OBSERVATION

EXAMENS ET EXPERTISES NEUROLOGIQUES  
ET PSYCHOLOGIQUES DANS INSTITUT SPÉCIALISÉ

-- -- Consultations tous les jours. -- --  
Dr GUILLEREY, Médecin Directeur  
(Consultations à Lausanne, Grand-Chêne, 2, lundi  
et jeudi sur rendez-vous. Tél. : Lausanne 32.434).  
Dr Duby, Dr Calame. Médecin consultant :  
Professeur d'Université Dr O. Löwenstein.



# LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près *NYON* (Suisse)

## ETABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

CONFORT MODERNE

||| Chambres seules ou appartements de une ou plusieurs pièces |||  
-- -- Magnifique situation au bord du Léman -- --  
-- A 22 km. de Genève sur la route de Lausanne -- --  
||| Six villas disséminées dans un grand parc de 45 hectares |||



## TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

ANALYSES PSYCHOLOGIQUES - CURES DE REPOS - RÉGIMES  
SUGGESTION - RÉÉDUCATION - PHYSIOTHÉRAPIE

Traitement organothérapique avec contrôle biologique (Cures d'insuline, pyrothérapie, malariathérapie) — Laboratoire d'analyses — Rayons X

||| -- -- Divers ateliers très bien aménagés -- -- |||  
Etudes et leçons particulières dans l'établissement  
||| -- -- Sports d'été et sports d'hiver -- -- |||  
-- Trois tennis — Bains du lac — Equitation --

Quatre médecins et un nombreux personnel spécialisés assurent le traitement

*Prix de pension variant suivant la nature du traitement  
et le genre de l'installation choisie (à partir de Fr. suisses 30 par jour)*

DEMANDEZ PROSPECTUS A L'ADMINISTRATION

Adresse télégraphique :  
RIVAPRANGINS NYON

||| Téléphones { Administration : Nyon 95.442  
Service Médical : Nyon 95.441  
(de préférence entre 11 heures et midi)

Médecin-chef : D<sup>r</sup> O.-L. FOREL, Privat-Docent à l'Université de Genève.

Formulaire Astier (préface du Pr F. BE-  
SANÇON) ..... 672

## JOURNAUX ET REVUES

### Neuro-psychiatrie.

- H. SCHARFETTER et Th. SEEGER. — De la clinique  
des crises cataplectiques ..... 673
- M. CREAK et E. GUTTMANN. — Chorée, tics et  
crises convulsives ..... 673
- G. ROBIN. — Onanisme et spasmophilie... 673
- S.-I. POLINKOWSKI. — La clinique et l'évolution  
de l'épilepsie sur un fond constitutionnel  
hétérotypique ..... 674
- J.-V. BERENSTEIN. — « Epilepsia simplex ». —  
Structure et évolution du caractère épilepti-  
que ..... 674

- V.-P. JASSINSKI. — Troubles de la conscience  
chez les épileptoïdes et les épileptiques 674
- E.-S. ROOD. — Les émotions localisées dans  
l'épilepsie ..... 674
- F. SJÖGREN. — Considérations cliniques et mé-  
dico-généalogiques sur l'arriération avec cat-  
acte congénitale ..... 675
- P. RANSCHBURG. — La surdi-mutité corticale de  
l'âge infantile ..... 675
- G. PETIT et L. MARCHAND. — Encéphalite aigue  
toxique expérimentale ..... 675
- A. RAVINA. — Recherches récentes sur l'anato-  
mie pathologique, l'étiologie, la prophylaxie et  
le traitement de la méningite tuberculeuse 676
- J. SIMARRO. — Les formes subaiguës du rhu-  
matisme cérébral ..... 676
- G. ANDRIEU et J. PASSA. — Un cas de méningo-  
encéphalite ourlienne mortelle. Considérations  
sur la mortalité au cours des oreillons. 676

(Suite du sommaire page XIV).

# NEURINASE

*amorce le  
sommeil naturel*



**Insomnie**  
Troubles nerveux

*Ech<sup>ons</sup> & Littérature*  
LABORATOIRES GÉNÉVRIER  
2 Rue du Débarcadère PARIS

# MAISON DE SANTÉ

161, rue de Charonne -- PARIS-XI<sup>e</sup>

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D<sup>r</sup> CL. VURPAS

*Médecin de La Salpêtrière*

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

## VILLA PENTHIÈVRE

*Maison de Santé et de Convalescence*

SCEAUX (Seine) Tél. 12

**PSYCHOSES — NÉVROSES**



MÉDECIN-DIRECTEUR : D<sup>r</sup> BONHOMME, Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECINS ASSISTANTS : D<sup>r</sup> CODET, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

## VARIÉTÉS

### Société Médico-Psychologique :

|                                        |     |
|----------------------------------------|-----|
| Séances .....                          | 677 |
| Séances du lundi 26 juillet 1937 ..... | 677 |

### Hôpitaux psychiatriques :

|                                                                              |     |
|------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Nécrologie .....                                                             | 678 |
| Honorariat .....                                                             | 678 |
| Nominations .....                                                            | 678 |
| Postes vacants .....                                                         | 678 |
| Maison Nationale de St-Maurice (Seine) .....                                 | 678 |
| Concours pour 20 postes de Médecin-Chef des<br>Hôpitaux psychiatriques ..... | 678 |
| Recrutement et Statut des Médecins du cadre                                  |     |

des hôpitaux psychiatriques. (Décret du  
5 avril 1937) .....

Concours pour 7 postes de Médecin des Hôpi-  
taux psychiatriques de la Seine .....

### Hygiène et prophylaxie :

Conseil Supérieur de l'Assistance publi-  
que .....

Œuvre de patronage et asile pour les aliénés  
indigents qui sortent convalescents des Asi-  
les publics du département de la Seine .....

### Université de Washington :

Nécrologie .....

## INFORMATIONS

XVI<sup>e</sup> Réunion neurologique internationale annuelle (8-14 juillet 1937) ..... XVIII

## *Ecole du Docteur Henriette Hoffer*

ETABLISSEMENT PSYCHO-MÉDICO-PÉDAGOGIQUE  
POUR ENFANTS INAPTES A SUIVRE LES CLASSES NORMALES

(ENFANTS RETARDÉS, DÉLICATS, SOURDS, PARLANT MAL)

Fondatrices : D<sup>r</sup> H. HOFFER et Madame Anne-Marie BUSSEAU



« MONTCLAIR »

I, Grande Rue, BELLEVUE-MEUDON (Seine-&-Oise) - Téléph. : Observatoire 17-45

# LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4 — PARIS, 4<sup>e</sup> Arr<sup>t</sup>

## AMIDAL

Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées

Deux à quatre cuillerées à café,  
ou quatre à huit comprimés, dragées  
ou cachets par jour

Entérites aiguës et chroniques.  
Entéro colites. Dysenterie.  
Toutes les Diarrhées.  
La constipation spasmodique.

## VITAMYL IRRADIÉ

Extrait concentré de vitamines A, B, et C.

Ergostérol irradié  
Une cuillerée à café  
avant chacun des trois repas.

Carences et Pré-carences.  
Rachitisme.  
Déminalisation.  
Troubles de la Croissance

## GÉNÉSÉRINE

OLONOVSKI et NITZBERG

Deux à trois granules ou dragées ou 20 à 30  
gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule  
injectable chaque jour pendant 10 jours.

Hypo-acidité gastrique.  
Syndrome solaire.  
Dyspepsie atonique.  
Palpitations et Tachycardie  
des cœurs nerveux.

## GÉNATROPINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour,  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule injectable par jour.

Hyperchlorydrie.  
Spasmes digestifs — Vomissements.  
Coliques — Diarrhées.

## GÉNOSCOPOLAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour,  
en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.

Maladie de Parkinson.  
Syndromes post-encéphalitiques.  
Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.

## GÉNHYOSCYAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule par jour.

Spasmes digestifs.  
Tremblements.  
Syndromes parkinsoniens.  
Sueurs des tuberculeux.

## GÉNOSTRYCHNINE

OLONOVSKI et NITZBERG

ou  
Ampoules — Goutte — Granules

## GÉNOSTHÉNIQUES

Caecodylate de Génostrychnine et de Gènesérine.

2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas.  
1 ampoule injectable chaque jour.

Asthénie.  
Neurasthénie — Surmenage.  
Anémie — Convalescence.  
Paralysies atoniques.

## GENOMORPHINE

OLONOVSKI et NITZBERG

En comprimés dosés à 2 Ctrgs (2 à 3 fois  
par jour) ou en ampoules injectables  
dosées à 4 Ctrgs.

La Douleur.  
L'Anxiété — l'Agitation.  
Les Dyspnées spasmodiques.  
La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE



UN HYPNOTIQUE DOUX

DE TOLÉRANCE  
PARFAITE

DESTINÉ AUX

INSOMNIQUES  
ET AUX ANXIEUX

# Sonéryl

*butyl-éthyl-malonyleurée*

INSOMNIE  
causée par la douleur  
INSOMNIE  
des vieillards

COMPRIMÉS A 0 GR 10 • TUBES DE 20 COMPRIMÉS

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE  
**SPECIA**

MARQUES: POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE  
21, rue Jean Goujon • PARIS 8<sup>ème</sup>



## CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers — Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

### TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE  
ÉLECTROTHÉRAPIE

ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC  
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES

MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS  
MOYENS de COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

*Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris*  
*Autobus n° 122 au Château de Vincennes (Station du Métro).*

## ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE

ET

## MAISON DE CONVALESCENCE

Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS

*Anciens Internes des Asiles de la Seine*

*Médecins-Directeurs*

### VILLA MONTSOURIS

130, rue de la Glacière

PARIS

Téléphone : Gobel. 05-40

MARDI, VENDREDI

2 à 5

### CHATEAU de l'ABBAYE

VIRY-CHATILLON

(S.-et-O.)

Téléphone : Juvisy 76

PARC : Huit Hectares

TRAITEMENT DES MALADIES  
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES

— « PRIX MODÉRÉS » —

## INFORMATIONS

### XVI<sup>e</sup> REUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE (8-14 juillet 1937)

La XVI<sup>e</sup> Réunion Neurologique Internationale se tiendra à Paris du jeudi 8 juillet au mercredi 13 juillet 1937 inclus.

La séance d'ouverture aura lieu le jeudi 8 juillet à 14 h. 30, à l'Exposition Internationale. Les séances ultérieures se tiendront à la Salpêtrière, 47, Boulevard de l'Hôpital (Amphithéâtre de l'Ecole des Infirmières).

Les séances auront lieu le matin de 9 h. à 12 h. et l'après-midi de 15 h. à 18 h.

La question suivante a été mise à l'étude :

#### La douleur en neurologie

1<sup>o</sup> Introduction. — *Physiologie et pathologie générales de la douleur* : MM. A. BAUDOUIN et H. SCHAEFFER (Paris) ;

(A suivre, page d'annonces XX).

## CLINIQUE BELLEVUE

Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse)

Etablissement  
neuro-psychiatrique

Installations modernes  
et confortables



CURES  
de désintoxication,  
de repos  
et d'isolement.  
Psychothérapie.

Vastes parcs ombragés.  
Vie de famille.

Prospectus — Prix très modérés

Directeur : D<sup>r</sup> H. BERSOT

# NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

LE

## RECONSTITUANT NERVIN RATIONNEL

dont est justiciable

Tout DÉPRIMÉ  
SURMENÉ

Tout CÉRÉBRAL  
INTELLECTUEL

Tout CONVALESCENT  
NEURASTHÉNIQUE

6, rue Abel • PARIS (12<sup>e</sup>)



XV à XX gouttes  
à chaque repas

XX gouttes = 0,40 de  
glycérophosphates  
cérébraux (Na.K.Mg.)

ni chaux, ni sucre, ni alcool  
aucune contre-indication

III

## CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



●  
**Dr Marcel DIERS**

◆  
*Climat toni-sédatif*

MAISON  
de Traitements  
de Repos ~~~~~  
de Régimes ~~~~~

~~~~~  
Affections nerveuses
Intoxications
Convalescences

III
Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu
-- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --
Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie

**XVI^e REUNION NEUROLOGIQUE
INTERNATIONALE ANNUELLE**

(8-14 juillet 1937)

(Suite)

- 2° *La douleur dans les maladies organiques du système nerveux :*
A) *Système nerveux central :* MM. RIDDOCH et CRITCHLEY (Londres), et GARCIN (Paris) ;
B) *Nerfs périphériques :* M. DECHAUME (Lyon) ;
3° *Douleur sympathique et douleur viscérale :* M. AYALA (Rome) ;
4° *La douleur vue par un psychiatre :* M. Noël PÉRON (Paris) ;
5° *Le diagnostic objectif de la douleur. Considérations médico-légales :* MM. CROUZON et DESOILLE (Paris) ;
6° *La thérapeutique de la douleur :*
A) *La neurochirurgie de la douleur :* M. LERICHE (Strasbourg) ;
B) *La radiothérapie de la douleur :* MM. HAGUENAU et GALLY (Paris).

(A suivre, page d'annonces XXII).

MAISON de SANTÉ de PRÉFARGIER

==== *près Neuchâtel, Suisse* =====

Traitement
des maladies
nerveuses
et mentales,
de l'alcoolisme,
des toxicomanies.



Installations
modernes



Psychothérapie.



Traitement
individuel.
Occasions variées
d'occupation
rationnelle
pour les
pensionnaires

**Situation ravissante au bord du lac de Neuchâtel
Vaste parc de 30 hectares**

~~~~~  
**Deux médecins spécialistes résidant à l'Etablissement.**

**Médecin-Directeur : Dr O. Riggenbach**

==== PROSPECTUS =====



# Établissement Médical de MEYZIEU (Isère) Près LYON

Fondé en 1881 par le Docteur Ant. COURJON

## Direction médicale

D<sup>r</sup> Rémi COURJON, Médecin des Asiles, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon, Expert près la Cour d'Appel de Lyon.  
D<sup>r</sup> Jean THÉVENON, Ex-interne des Hôpitaux de Lyon, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon.

Un médecin-adjoint

## MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

NÉVROSES, PSYCHOSES, INTOXICATIONS  
CURE DE RÉGIME, SEVRAGE, ISOLEMENT

*Pour tous renseignements : s'adresser au Directeur à Meyzieu, tél. n° 5, ou à Lyon, Cabinet du D<sup>r</sup> Rémi Courjon, 4, rue Président Carnot, les mardi et jeudi de 15 à 17 h. Tél. Franklin 07-28.*

# CHATEAU DU BEL-AIR

VILLENEUVE-St-GEORGES, 15 minutes de Paris

65 trains par jour dans chaque sens

Voitures à la gare de Villeneuve-St-Georges : Trajet en 3 minutes

**PARC**  
de 8 hectares  
à  
flanc de coteau  
au midi

—  
**Confort Moderne**

—  
**CHAMBRES**  
avec  
Salles de bains  
privées



Cures de Repos  
Convalescences  
Régimes  
Désintoxications  
Psychothérapie  
Héliothérapie  
Malariathérapie

—  
**MÉDECINS  
SPÉCIALISTES**  
résidant  
au Château

## D<sup>rs</sup> H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES

Ancienne Maison de Santé fondée par le D<sup>r</sup> Blanche à Passy

Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE

## XVI<sup>e</sup> REUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE

(8-14 juillet 1937)

(Suite) .

### Règlement des Réunions Neurologiques Internationales annuelles

La Société de Neurologie de Paris, dans le but de faciliter les échanges de vues sur les Questions Neurologiques d'actualité, a institué, chaque année, une Réunion Neurologique à laquelle participent, outre ses membres nationaux et étrangers, des personnalités scientifiques directement invitées par la Société.

Ces Réunions Neurologiques ont lieu à Paris. Elles comportent deux jours de travaux avec deux séances par jour.

Les questions présentant un intérêt à la fois scientifique et pratique sont mises en discussion, à la suite d'un exposé fait par des rapporteurs désignés à l'avance par la Société.

Le programme de la discussion est adressé à ceux qui annoncent leur participation à la Réunion.

(A suivre, page d'annonces XXIV).

# SANATORIUM BELLEVUE

## A KREUZLINGEN (Suisse)

(LAC DE CONSTANCE)

Spécialement organisé pour le traitement des  
**MALADIES NERVEUSES, MENTALES et des INTOXICATIONS**

Fondé en 1857 par le Dr L. Binswanger, grand-père du directeur actuel. Neuf villas différentes, situées dans un beau parc permettant la séparation complète des diverses formes de maladies, dont : 3 pour maladies mentales et 6 pour névroses, états d'épuisement et de convalescence.

TRAITEMENT : Psychothérapie (Psychoanalyse, etc.), thérapie par le travail : ateliers de menuiserie, de reliure et de tissage, jardinage. Gymnastique, massage, tennis, golf, équitation, natation. Installation hydrothérapeutique très moderne. Grande ferme modèle. Informations et prospectus par l'Administration.

**Médecin-directeur : Dr L. BINSWANGER**

**TRAITEMENT PHYTOTHÉRAPIQUE  
DES SYNDROMES SYMPATHIQUES  
et PARASYMPATHIQUES**

ANGOISSE \_ ANXIÉTÉ \_ INSOMNIE NERVEUSE  
TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR  
TROUBLES DE LA VIE GÉNITALE, etc...

**La Passiflorine  
RÉAUBOURG**

Préparations composées d'Extraits Végétaux  
**ATOXIQUES**



Passiflora  
incarnata  
Salix alba  
Crataegus  
oxyacantha

**XVI<sup>e</sup> REUNION NEUROLOGIQUE  
INTERNATIONALE ANNUELLE  
(8-14 juillet 1937)**

(Suite)

*Les communications portent uniquement sur les questions posées. La durée de chaque communication ne peut dépasser dix minutes. Il est accordé, pour chaque communication, au plus quatre pages d'impression et une page pour chaque discussion.*

Ne sont publiés dans les comptes rendus de la Réunion que les communications ou discussions dont le texte est remis aux cours des séances.

Des projections cliniques ou anatomiques, ainsi que des présentations de malades peuvent être faites, après entente préalable avec le Secrétaire général.

*Prière d'adresser les réponses aux invitations et les titres de communications au Secrétaire général : D<sup>r</sup> CROUZON, 70 bis, avenue d'Iéna, Paris, 16<sup>e</sup>.*

\*\*\*

(A suivre, page d'annonces XXVI).

# **SULFOSINE « LEO »**

## **PYRÉTOTHÉRAPIE**

**SUSPENSION HUILEUSE DE SOUFRE à 1 et 2 0/0**

(Huile soufrée stérilisée)

**INDICATIONS.** — Paralyse générale, Syphilis nerveuse et autres affections syphilitiques ou non du système nerveux central, telles que la démence précoce, la Schizophrénie, l'Encéphalite épidémique chronique, etc.....

# **SULFOSINE ANESTHÉSIQUE à 1 et 2 0/0**

**MODE D'EMPLOI :** En injections intramusculaires

**Valentin Aage MOLLER**  
149, rue du Palais Gallien, 149  
**BORDEAUX**

*Dépôt pour la France :*  
**J. DEDIEU,**  
Pharmacien, 39, rue Fondaudège  
**BORDEAUX**

# MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le Dr Tarrius)

6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE

Téléphone : 68 St-Denis



Maladies mentales et nerveuses des deux sexes  
Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie  
Rayons ultra-violet

## PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

CHAUFFAGE CENTRAL -- ELECTRICITÉ -- CHAPELLE

*L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins  
qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades*

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.

LE CASTEL  
D'ANDORTE

- 342, Route du Médoc -  
LE BOUSCAT, près Bordeaux  
- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -

MALADIES MENTALES  
- ET NERVEUSES -

Médecin-Directeur :  
Docteur Pierre CHARON



**XVI<sup>e</sup> REUNION NEUROLOGIQUE  
INTERNATIONALE ANNUELLE**

**(8-14 juillet 1937)**

*(Suite)*

Les visiteurs de l'Exposition Internationale de Paris 1937, résidant en dehors du territoire de la métropole, auront des réductions diverses sur les tarifs des Grandes Compagnies de transport (réseaux des Chemins de fer français et étrangers, Air-France, lignes françaises de Navigation maritimes), des facilités pour l'entrée à l'Exposition et des prix spéciaux pour le séjour à Paris — sur la production d'une **CARTE DE LÉGITIMATION**.

La carte de légitimation sera mise en vente dans le monde entier au prix de 20 francs, dans toutes les agences de tourisme : elle sera acceptée en France comme carte d'identité officielle et sera valable du 15 avril au 15 novembre 1937.

Les adhérents au Congrès pourront s'adresser aux Wagons-Lits-Cook, 40, rue de l'Arcade et à toutes leurs Agences de France et de

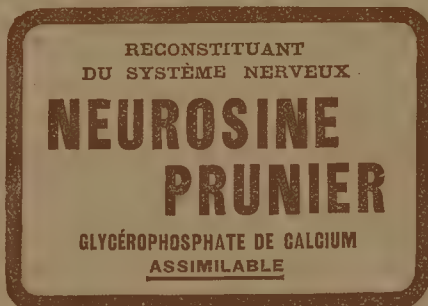
*(A suivre, page d'annonces XXVIII).*

**MÉDICATION ALCALINE PRATIQUE**

**COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT**

3 à 4 comprimés par verre d'eau

12 à 15 comprimés par litre.



# CLINIQUE PRIVÉE

D<sup>r</sup> Th. BRUNNER

## KUSNACHT près ZURICH

Traitement des maladies mentales et nerveuses. Cures pour convalescents et surmenés. Traitement spécial de l'épilepsie (méthode D<sup>r</sup> Ulrich), des toxicomanies (insuline) et des affections parasymphilitiques (intra-rachidien et malaria). Installations hydro- et électrothérapiques. Possibilité d'occupations diverses et de sport (golf, tennis, gymnastique, équitation, canotage, natation, pêche).

### CUISINE INDIVIDUELLE ET DIÉTÉTIQUE

4 maisons séparées, situées dans un vieux parc, au bord du lac.

Prix de pension à partir des frs. s. 15

(traitement médical y compris)

2 médecins.

Médecin en chef : D<sup>r</sup> Th. BRUNNER

## CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE PAU

FONDÉ EN 1930

aux portes de la Ville, sur la hauteur, au milieu d'un grand parc clos avec tout confort moderne. CLIMAT TONI-SÉDATIF RÉPUTÉ

Directeur Médical : **Docteur MONESTIER**, Médecin honoraire des Asiles

Directeur administratif : **E. COCONAS**, Professeur spécialisé diplômé

**GARÇONS** nerveux, instables, hyperémotifs, angoissés, grognons, obstinés, paresseux, négligents, portés à dire des grossièretés, querelleurs, mauvais instincts, insomniaques, tiqueurs. Redressement moral. Retardés scolaires et thyroïdiens. Délicats, anémiés, fatigués, convalescents, malingres, entéritiques, ganglionnaires, etc.



Action pédagogique combinée avec traitement médical. Instruction par petits groupes et classement par catégories distinctes. Orientation professionnelle.

• • •

Jardin d'hiver. Jeux. Sports. Gymnastique médicale. Hydrothérapie complète.

**SECTION ENTRAÎNEMENT MÉDICO-PROFESSIONNELLE AVEC ATELIERS**  
Section spéciale pour enfants pouvant fréquenter les Cours du Lycée ou Collège

● **PRIX** : Depuis 450 fr. par mois. Chambres particulières ●  
Contagieux, grands arriérés, grands nerveux et grands agités ne sont pas admis

**VILLA FORMOSE**, 1, Allées de Morlaas -- PAU (B.-P.) Tél. 27-07

● **NOTICE ILLUSTRÉE SUR DEMANDE ADRESSÉE A M. LE DIRECTEUR** ●

**XVI<sup>e</sup> REUNION NEUROLOGIQUE  
INTERNATIONALE ANNUELLE  
(8-14 juillet 1937)**

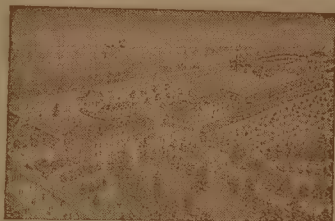
(Suite)

l'étranger, pour toutes les questions relatives au voyage et au séjour en France. — En ce qui concerne les adhérents français, les Wagons-Lits-Cook leur feront connaître les facilités accordées aux Congressistes par les Grands Réseaux de Chemins de fer français ; il est prévu dès à présent que : ils paieront plein tarif à l'aller, mais bénéficieront d'une réduction de 75 0/0 au retour avec minimum de cinq jours de présence à Paris.

Une excursion aux environs de Paris sera organisée après la Réunion neurologique.



La Société tiendra sa séance mensuelle le *jedi* 8 juillet à 9 heures, au siège de l'Académie de Chirurgie, 12, rue de Seine. Cette séance sera consacrée aux communications portant sur les questions diverses.



**VILLA LUNIER  
à BLOIS**

**consacrée aux maladies mentales**

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent **Dr LUNIER**, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central. Eclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitements classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmiers et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'internes.

Le prix de pension varie de 550 fr. par mois à 1.000 fr. selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre 2.000 et 3.000 fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. —  
**Téléphone : 2-82.**

**Médecin en Chef-Directeur : Dr OLIVIER**

**Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ**

— 1 —

## SOMMAIRE DU N° 5 (tome I), MAI 1937

---

### MÉMOIRES ORIGINAUX

- L. MARCHAND. — La démence sénile sans athérome cérébral. Ses rapports avec la maladie d'Alzheimer et la maladie de Pick. Considérations sur les encéphaloses ..... 689
- C. MACFIE CAMPBELL. — Les tendances actuelles de la psychiatrie aux Etats-Unis 736
- A. POROT, BARDENAT et LEONARDON. — Contribution à l'étude des rapports de l'hallucination et du délire. Un cas d'hallucinations purement olfactives avec thème interprétatif de persécution chez un psychasthénique..... 753

*(Suite du sommaire, page II).*

## MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

8, Avenue du 11 Novembre    -:-    Observatoire 10-62

MÉDECIN-DIRECTEUR : D<sup>r</sup> BUSSARD  
MÉDECIN ASSISTANT : D<sup>r</sup> Paul CARRETTE

❖

Maladies  
du  
Système  
nerveux  
et de la  
Nutrition

❖



Psycho-  
névroses

❖

Intoxica-  
tions

❖

Convales-  
cences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne, éclairage électrique, eau courante chaude et froide dans les chambres, chauffage central.

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 13 mai 1937

- P. COURBON et J. CHAPOULAUD. — Hallucinations visuelles et unilatéralement auditives chez un alcoolique otopathe.... 764
- L. MARCHAND. — Aphasie sensorielle et épilepsie post-traumatiques. Cicatrices méningo-corticales de la région temporo-occipitale gauche ..... 768
- DADAY, HEUYER et MATHON. — Délire de réverie avec démence consécutive à une intoxication oxycarbonée ..... 771
- J. FRETET et Mlle PETIT. — Syntaxe d'une schizophasique ..... 777

Séance du lundi 24 mai 1937

- Augmentation de la cotisation ..... 782
- Frais de publication du *Bulletin* de la Société ..... 782

- Adoption du procès-verbal ..... 783
- Correspondance ..... 783
- A propos de la codéinomanie ..... 783
- Election à une place de membre correspondant national ..... 784
- Rapport de la Commission sur les mémoires présentés pour le prix Aubanel.. 784
- E. MINKOWSKI et H. POLLNOW. — Psychose hallucinatoire ; évolution intermittente ; élimination d'idées de persécution .. 787
- P. COURBON. — Hétérogénéité du comportement hallucinatoire ..... 792
- P. COURBON et DELMOND. — Anatopisme mental ou psychose chez un Russe.. 797
- J. RONDEPIERRE. — Sur 32 psychoses traitées par l'huile soufrée. Résultats ..... 810

(Suite du sommaire, page IV).

## CHATEAU

DIRECTEUR : D<sup>r</sup> Gaston MAILLARD  
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris  
Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière  
Médecin-adjoint : D<sup>r</sup> Charles GRIMBERT

— MAISON DE SANTÉ MODERNE —  
POUR DAMES ET JEUNES FILLES



DE

## L'HAY-LES-ROSES

INSTALLATION  
DE  
PREMIER ORDRE  
Notice sur demande  
2, rue Dispan  
L'HAY-  
LES-ROSES  
(SEINE)  
TÉLÉPHONE : 5



AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX  
- CURES DE DÉSINTOXICATION -  
- DE REPOS ET DE RÉGIMES -



# CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison  
de Santé  
de Repos  
de Régimes



FONDÉE PAR

M. le D<sup>r</sup> MAGNAN

Membre de  
l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

## HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

D<sup>r</sup> FILLASSIER O. \*  D<sup>r</sup> DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

## SOCIÉTÉS

### Société de Neurologie de Paris

*Séance du 29 avril 1937*

- Th. ALAJOUANINE et HORNET. — Œdème cérébro-méningé, avec hyperthermie, mortel après injection de lipiodol dans un cas de tumeur médullaire cervicale (avec projections)... 820
- VAN BOGAERT et BORREMANS. — Une forme adulte de l'idiotie amaurotique familiale, cérébello-pyramidale et sans amaurose..... 820
- SOUQUES. — Agnésie au cours d'un purpura hémorragique ..... 821
- QUERCY et LACHAUD. — Sur le mode de terminaison de la fibre névroglique..... 821
- HAGUENAU et GAUTHIER. — Syndrome de compression de la moelle ; cyphosecoliose par hémiatrophie vertébrale ..... 821

DAVID et THIBAUT. — Méningiome à troubles neurologiques peu marqués. Importance de l'examen ventriculographique..... 821

L. BABONNEIX, H. GRANET et J. SIGWALD. — Syndrome d'Adie chez une fillette..... 821

### Société belge de Neurologie

*Séance du 24 avril 1937*

- A. ADLER. — Délinquance et psychologie individuelle ..... 822
- P. DIVRY. — Paralysie bulbaire chez une tabétique ..... 822
- J. DAGNELIE. — Neuronite ..... 822
- J. DAGNELIE. — Syndrome extra-pyramidal unilatéral avec hémiballisme fruste et troubles endocriniens ..... 823
- P. MARTIN. — Présentation de malade..... 823

(Suite du sommaire page VI).

# MAISON DE SANTÉ

:- D'IVRY-SUR-SEINE :-

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

## MALADIES MENTALES & NERVEUSES

**NOMBREUX PAVILLONS**  
**DANS UN PARC DE 12 HECTARES**

**Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS**

*Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris*

**Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS**

# VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

*40, Avenue Horace Vernet*

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES  
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

*Cures de désintoxication*

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



*12 chalets pourvus du confort moderne  
disséminés dans un parc de 5 hectares.  
Chambres ou appartements à plusieurs pièces*

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins  
qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : *Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS*

Médecin assistant : *Docteur LECLERCQ*

Téléphone : LE VESINET 12

**Société de Médecine mentale  
de Belgique  
et Société de Médecine légale**

*Séance commune du 24 avril 1937*

HOVEN. — La criminalité féminine..... 824

OLIVIER. — Considérations sur le traitement des  
déséquilibrés ..... 824

VERMEYLEN. — L'excitation sexuelle au cours des  
états anxieux : à propos d'un cas médico-  
légal ..... 824

**ANALYSES**

**JOURNAUX ET REVUES**

**Psychiatrie.**

L. BINSWANGER. — Anthropologie, Psychologie,  
Psychopathologie ..... 825

R. ALLENDY. — La psychiatrie de Paracelse 825

P. KOPP. — La psychiatrie chez Thomas  
d'Aquin ..... 826

H. BERSOT. — Age et forme de maladie des ma-  
lades mentaux entrés dans les établissements  
psychiatriques suisses ..... 826

E. DE AGUIAR-WHITAKER. — Les applications cli-  
niques du test psychologique de Rorschach 827

H. CLAUDE. — Les délires de jalousie..... 827

V. LAGACHE. — Passions et psychoses passion-  
nelles ..... 827

E. ROBERTI et G. FIORE. — Emotions et états psy-  
chopathiques ..... 828

J.-V. KANNABIKH. — Contribution à l'étude des  
états dits de « névrose obsessionnelle ». 828

GERHART PISK. — De la dipsomanie chez les fem-  
mes ..... 828

(Suite du sommaire page VIII).

**INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE  
DE VITRY-SUR-SEINE**

**Adresse :** 22, rue Saint-Aubin, Vitry-sur-Seine (Seine). *Télé-  
phone :* Italie 06-96. Renseignements à l'Etablissement ou  
164, faubourg St-Honoré (VIII<sup>e</sup>), chez le D<sup>r</sup> Paul-Boncour.  
*Téléphone :* Elysées 32-36.

**Affections traitées :** Maison d'éducation et de traitement pour  
enfants et adolescents des deux sexes : retardés, nerveux,  
difficiles, etc.

**Disposition :** Pavillons séparés. Parc  
de 5 hectares.

**Confort :** Eau courante chaude et  
froide. Chauffage central.

**Traitement :** Hydrothérapique.

**Directeurs :** D<sup>r</sup> Paul-Boncour,  
O. \* et G. Albovy.



# SAINT-REMY

CLINIQUE MÉDICALE

46, Boul. Carnot    Tél. Régional 755 et 850

LE VÉSINET (S.-et-O.).



-- -- TRAITEMENT -- --  
des affections du Système nerveux, des  
intoxications et des maladies de la nutrition

Repos — Convalescences — Régimes  
Electrothérapie — — Hydrothérapie

Dans banlieue agréable, paisible et saine.  
Très belle installation modèle, 6 pavillons séparés  
- - dans un parc fleuri de 2 hectares - -

Chambres gaies, meublées avec goût, très confortables, cabinets de toilette avec S. B. et W. C. privés. Galeries ensoleillées. Terrain et salons de jeux.  
- Excellente cuisine bourgeoise et de régimes -

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

-- -- MÉDECIN-DIRECTEUR -- --  
-- D<sup>r</sup> P. ALLAMAGNY --

avec la collaboration du D<sup>r</sup> VIGNAUD,  
ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves  
-- -- et d'un médecin assistant -- --



|                                                                                                    |     |                                                                                                 |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| O. ODEGAARD. — Clinique et étiologie de l'alcoolisme périodique .....                              | 829 | A. GLAUS. — La schizophrénie greffée et la démence schizophrénique précoce.....                 | 833 |
| A. BONHOUR. — Définition de la confusion mentale .....                                             | 829 | C.-E. SOUKHAREVA. — Contribution à l'étude du problème de l'unité de la schizophrénie.          | 833 |
| N.-A. GOLDENBERG. — Syndromes des états terminaux des réactions du type exogène.....               | 829 | T.-P. SIMSON. — Les signes précoces de schizophrénie du bas âge .....                           | 834 |
| G. DE MORSIER. — Les automatismes visuels                                                          | 829 | M. BORNSTAJN. — Schizophrénie somatopsychique .....                                             | 834 |
| A.-M. MEERLOO. — Sur le fait d'halluciner                                                          | 830 | I. IMBER. — Les troubles pupillaires dans la schizophrénie .....                                | 834 |
| A. WIRSZUBSKI. — Un cas de psychose hystérique .....                                               | 830 | N. BERLIN. — Schizophrénie et tuberculose pulmonaire .....                                      | 835 |
| I.-J. SAVILENSKY et I.-A. MISROUKHINE. — Typologie des psychopathies épileptoïdes...               | 830 | I.-A. LIGTERINK et Ch.-H. SIMONS. — Schizophrénie et diabète chez les Juifs .....               | 835 |
| I.-M. SLIVKO. — Contribution à la question de la forme circulaire de la psychose épileptique ..... | 830 | I. WYRSCH. — Du rapport affectif avec les schizophrènes .....                                   | 835 |
| K. LEONHARD. — Sur la question des « états érepsusculaires épisodiques » .....                     | 831 | G. PREDA, T. STOENESCU et S. CUPCEA. — Contribution à l'étude psychologique de la démence ..... | 836 |
| F. SCHNEERSOHN. — Rêve et jeu. Méthodes nouvelles d'investigation et de traitement....             | 831 |                                                                                                 |     |
| J. SCHOTTKY. — Des psychoses épisodiques..                                                         | 832 |                                                                                                 |     |

(Suite du sommaire, page X).

# CHATEAU DES COUDRAIES

Ancienne Institution d'Eaubonne (fondée en 1847)

Magnifique Parc de 5 hectares, adossé à la forêt de Sénart. Très belle vue sur la vallée de la Seine. Très grand confort. Eau courante, chaude et froide, dans toutes les chambres, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète. Rayons U. V. Jardinage. Horticulture. Potagers de 20.000 m<sup>2</sup>. Tennis.



PRIX DE PENSION A PARTIR DE 900 FR. PAR MOIS

## ÉTIOLLES (S.-&-O.)

### ENFANTS ET JEUNES GENS ARRIÉRÉS

Education et Traitement  
des déficients intellectuels  
à tous les degrés

#### DIRECTEURS

D<sup>rs</sup> M. et J. de CHABERT

de 2 à 5 heures  
sauf jeudis et dimanches  
25 km. de PARIS  
gare Evry-Petit-Bourg (P.-L.-M.)  
Arrêt des autocars Citroën  
27 - 28 - 29 : Dép. de Paris,  
pl. Denfert-Rochereau  
Tél. Corbeil 226

# DIVONNE-LES-BAINS

OUVERT  
TOUTE  
L'ANNÉE

Altitude 519 m. (Genève 16 km.) — AIN

LA GRANDE STATION FRANÇAISE DE REPOS

-- -- dans un parc de 100 hectares -- --

==== Indication spéciale de cure pour : ====  
les troubles fonctionnels du SYSTÈME NERVEUX et des  
MALADIES DE LA NUTRITION qui s'y rattachent  
les maladies organiques du TUBE DIGESTIF et de la  
==== NUTRITION =====

## Dans le parc : Etablissement thermal

Hydrothérapie. Psychothérapie. Cures d'air, de repos,  
d'exercices et de culture physique. Massothérapie. Elec-  
trothérapie. Radiologie. =====

## Dans le parc : Les Hôtels

### HOTEL DU GOLF

Hôtel de grande classe, tous les appartements avec salle de  
bains, w.-c., téléphone. Première réalisation hôtelière dans  
la suppression des bruits. =====

### HOTEL CHICAGO

Résidence de tout premier ordre. =====

### LE GRAND HOTEL

Hôtel de premier ordre à *prix modérés*. Recommandé aux  
familles. =====

### LE PAVILLON DU GOLF

Grande terrasse avec vue splendide sur la chaîne des  
Alpes. Son restaurant, ses spécialités régionales, ses thés  
avec orchestre. =====

### MAISON MÉDICALE DE RÉGIME

Sous contrôle d'un médecin spécialiste. Cuisine diététique.  
Laboratoires d'analyses. =====

## Distractions

## Tous les sports

Théâtre. Concerts. Cinéma. Parc pour enfants. =====

Golf 18 trous. Tennis. Promenades. Canotage (5 km.  
du lac). Pêche à la truite. =====

Administrateur Directeur : I. TARTAKOWSKY

- J. MAZURKIEWICZ. — Le développement psychique et son arrêt ..... 836
- E. GLANZMANN et N. COPULSKY. — Contributions à la connaissance de la pycnolepsie des enfants ..... 837
- G. BURCKHARDT. — Essai d'un examen de l'adresse manuelle chez les enfants arriérés ..... 837
- J. MAKOWIEC. — Un cas exceptionnel de suicide ..... 837
- L. VAN BOGAERT et H.-J. SCHERER. — Contribution au problème des rapports des lésions palidales et cérébelleuses avec le syndrome des mouvements rotatoires autour de l'axe du corps ..... 838
- L. VAN BOGAERT. — Sur la pseudo-sclérose de Westphal ..... 839
- A. ROTTMANN. — Contribution à la pathogénie et à l'hérédobiologie de la dystrophie musculaire progressive ..... 839
- W. STERLING et M. WOLFF. — Myélose tuberculeuse toxique bénigne ..... 839

## Neurologie.

- VI. BERNASIEWICZ et Z. MESSING. — La cysticercose cérébrale ..... 837
- M. KRZEMINSKI. — Pathogénie et clinique de la cysticercose du système nerveux central... 838
- A. BIEMOND. — Sur un cas d'aplasie nucléaire (Moebius) et d'arhinencéphalie associées. 838
- W. STERLING et J. PINCZEWSKI. — « Tortiscapula » envisagé comme forme fruste de spasme de torsion ..... 838
- D.-E. ALPERN et V.-V. TCHERNIKOF. — L'étude des asymétries végétatives comme méthode clinico-expérimentale pour résoudre le problème des fonctions nutritives du système nerveux végétatif ..... 840
- G. SANDOR. — Contribution à l'étude de la gène-

(Suite du sommaire, page XII).

# SANATORIUM BELLEVUE

## A KREUZLINGEN (Suisse)

(LAC DE CONSTANCE)

Spécialement organisé pour le traitement des  
MALADIES NERVEUSES, MENTALES et des INTOXICATIONS

Fondé en 1857 par le Dr L. Binswanger, grand-père du directeur actuel. Neuf villas différentes, situées dans un beau parc permettant la séparation complète des diverses formes de maladies, dont : 3 pour maladies mentales et 6 pour névroses, états d'épuisement et de convalescence.

TRAITEMENT : Psychothérapie (Psychoanalyse, etc.), thérapie par le travail : ateliers de menuiserie, de reliure et de tissage, jardinage. Gymnastique, massage, tennis, golf, équitation, natation. Installation hydrothérapeutique très moderne. Grande ferme modèle. Informations et prospectus par l'Administration.

Médecin-directeur : Dr L. BINSWANGER

# LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près NYON (Suisse)

## ETABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

CONFORT MODERNE

||| Chambres seules ou appartements de une ou plusieurs pièces  
-- -- Magnifique situation au bord du Léman -- --  
-- -- A 22 km. de Genève sur la route de Lausanne -- --  
||| Six villas disséminées dans un grand parc de 45 hectares



## TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

ANALYSES PSYCHOLOGIQUES - CURES DE REPOS - RÉGIMES  
SUGGESTION - RÉÉDUCATION - PHYSIOTHÉRAPIE

Traitement organothérapique avec contrôle biologique (Cures d'insuline, pyrothérapie, malarithérapie) — Laboratoire d'analyses — Rayons X

||| -- -- Divers ateliers très bien aménagés -- --  
Etudes et leçons particulières dans l'établissement  
-- -- -- Sports d'été et sports d'hiver -- -- --  
||| -- -- Trois tennis — Bains du lac — Equitation -- --

Quatre médecins et un nombreux personnel spécialisés assurent le traitement

*Prix de pension variant suivant la nature du traitement  
et le genre de l'installation choisie (à partir de Fr. suisses 30 par jour)*

DEMANDEZ PROSPECTUS A L'ADMINISTRATION

Adresse télégraphique :  
RIVAPRANGINS NYON

||| Téléphones { Administration : Nyon 95.442  
Service Médical : Nyon 95.441  
(de préférence entre 11 heures et midi)

Médecin-chef : D<sup>r</sup> O.-L. FOREL, Privat-Docent à l'Université de Genève.

|                                                                             |     |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----|
| entiréaction. La question des centres végétatifs encéphaliques .....        | 840 |
| W.-S. HOLOBUT. — Etudes sur le mécanisme de la subordination nerveuse ..... | 840 |

### Hygiène et prophylaxie.

|                                                                                                            |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| K. CONRAD. — Héritéité et épilepsie.....                                                                   | 841 |
| O. WUTH. — Héritéité des toxicomanes. Toxicomanie combinée .....                                           | 841 |
| Mme H. HIRSZFELD. — Les lois de l'héritéité en médecine et leur rapport avec la loi de stérilisation ..... | 842 |
| G.-P. PRETS. — La famille AB .....                                                                         | 842 |
| J.-A. BEILIN. — Analyse génétique et clinique du syndrome de torsion .....                                 | 842 |

### Assistance.

|                                                                                     |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| W. MORGENTHALER. — De la formation du personnel des asiles d'aliénés en Suisse..... | 842 |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----|

|                                                                                           |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| G. PREDA. — Quelques observations sur les organisations psychiatriques de la Transylvanie | 843 |
| J. KLAESI. — De l'orientation moderne d'une clinique psychiatrique universitaire suisse.. | 843 |
| E. MINKOWSKI. — L'assistance à l'enfance anormale .....                                   | 843 |

### Médecine légale.

|                                                                                                                          |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| P. VERVAECK. — Délinquance et criminalité de l'enfance .....                                                             | 844 |
| J. ROUBINOVITCH et Mlle B. BUGNION. — Etude sur la médico-psychologie légale et sociale du vagabondage des garçons ..... | 844 |
| M. POMMÉ. — De l'engagement en temps de paix des pervers instinctifs dans l'armée métropolitaine .....                   | 845 |
| J. DUBLINEAU. — Le choix de la mesure à prendre pour la rééducation des mineurs délinquants .....                        | 845 |

(Suite du sommaire page XIV).

## CENTRE MÉDICO - PSYCHOLOGIQUE POUR ENFANTS

# “ La Métairie ”

-- NYON (Vaud) -- SUISSE -- Tél. : Nyon 95.626 --



Traitement des troubles nerveux de l'enfance.  
Action pédagogique combinée au traitement médical. Individualisation de l'enseignement.  
-- -- Séjours d'observation. -- --  
Institut pathopsychologique spécialisé pour examens et expertises neurologiques et psychologiques. -- --  
Consultations tous les jours. Dr Guillerey, Médecin Directeur, Dr Duby, Dr Calame. Médecin consultant : Professeur d'Université Dr O. Lœwenstein. -- -- -- --



# MAISON DE SANTÉ

161, rue de Charonne -- PARIS-XI<sup>e</sup>

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D<sup>r</sup> CL. VURPAS

*Médecin de La Salpêtrière*

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

## VILLA PENTHIÈVRE

*Maison de Santé et de Convalescence*

SCEAUX (Seine) Tél. 12

**PSYCHOSES — NÉVROSES**



MÉDECIN-DIRECTEUR : D<sup>r</sup> BONHOMME, Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECINS ASSISTANTS : D<sup>r</sup> CODET, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

## VARIÉTÉS

### Société Médico-Psychologique :

Séances ..... 846

Séances du lundi 26 juillet 1937 et Dîner annuel  
de la Société ..... 846

### Hôpitaux psychiatriques :

Concours de médecin-chef des Hôpitaux psy-  
chiatrique ..... 847

### Réunions et Congrès :

XVI<sup>e</sup> Réunion Neurologique Internationale  
annuelle ..... 847

### Sociétés :

Société Brésilienne de Neurologie, Psychiatrie et  
Médecine légale (fondée en 1907) .... 847

### Hygiène et Prophylaxie :

Proposition de loi ayant pour objet de prévenir  
des délits et des crimes, par des mesures  
d'hygiène mentale et de prophylaxie crimi-  
nelle, déposée par M. Louis Rollin, député 848

### Université de Copenhague :

Nécrologie ..... 848

## INFORMATIONS

1<sup>er</sup> Congrès International de Psychiatrie infantile (Paris, 24 juillet-1<sup>er</sup> août 1937)..... XVIII

## *Ecole du Docteur Henriette Hoffer*

ETABLISSEMENT PSYCHO - MÉDICO - PÉDAGOGIQUE  
POUR ENFANTS INAPTES A SUIVRE LES CLASSES NORMALES  
(ENFANTS RETARDÉS, DÉLICATS, SOURDS, PARLANT MAL)

Fondatrices : Dr H. HOFFER et Madame Anne-Marie BUSSEAU



« MONTCLAIR »

I, Grande Rue, BELLEVUE-MEUDON (Seine-&-Oise) - Téléph. : Observatoire 17-45

# LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4 — PARIS, 4<sup>e</sup> Arr<sup>t</sup>

## AMIDAL

Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées

Deux à quatre cuillérées à café,  
ou quatre à huit comprimés, dragées  
ou cachets par jour

Entérites aiguës et chroniques.  
Entéro colites. Dysenterie.  
Toutes les Diarrhées.  
La constipation spasmodique.

## VITAMYL IRRADIÉ

Extrait concentré de vitamines A. B. et C.

Ergostérol irradié  
Une cuillérée à café  
avant chacun des trois repas.

Carences et Pré-carences.  
Rachitisme.  
Déminalisation.  
Troubles de la Croissance

## GÉNÉSÉRINE

OLONOVSKI et NITZBERG

Deux à trois granules ou dragées ou 20 à 30  
gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule  
injectable chaque jour pendant 10 jours.

Hypo-acidité gastrique.  
Syndrome solaire.  
Dyspepsie atonique.  
Palpitations et Tachycardie  
des cœurs nerveux.

## GÉNATROPINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour,  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule injectable par jour.

Hyperchlorydrie.  
Spasmes digestifs — Vomissements.  
Coliques — Diarrhées.

## GÉNOSCOPOLAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour,  
en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.

Maladie de Parkinson.  
Syndromes post-encéphalitiques.  
Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.

## GÉNHYOSCYAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour  
entre les repas de préférence.  
1 ampoule par jour.

Spasmes digestifs.  
Tremblements.  
Syndromes parkinsoniens.  
Sueurs des tuberculeux.

## GÉNOSTRYCHINE

OLONOVSKI et NITZBERG

ou  
Ampoules — Goutte — Granules

## GÉNOSTHÉNIQUES

Cacodylate de Génostrychine et de Gènesérine.

2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas.  
1 ampoule injectable chaque jour.

Asthénie.  
Neurasthénie — Surmenage.  
Anémie — Convalescence.  
Paralysies atoniques.

## GENOMORPHINE

OLONOVSKI et NITZBERG

En comprimés dosés à 2 Cgts (2 à 3 fois  
par jour) ou en ampoules injectables  
dosées à 4 Cgts.

La Douleur.  
L'Anxiété — l'Agitation.  
Les Dyspnées spasmodiques.  
La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

**TRAITEMENT DES ÉTATS SPASMODIQUES**

**PRESCRIT À DOSES FAIBLES  
FRACTIONNÉES  
RÉPÉTÉES**

le

**GARDÉNAL**

**COMPRIMÉS À 0<sup>gr.</sup> 01**

exerce son habitude action

**antispasmodique**

sans que se manifeste  
d'effet hypnotique

**POSOLOGIE**

**Adultes :** 1 à 4 comprimés à 0 gr. 01 plusieurs fois par jour  
(dose maximum : 30 comprimés)  
**Enfants :** Moins de 6 mois : 1/2 à 3 comprimés à 0 gr. 01 par jour.  
Un an et au dessus : en principe, 1 comprimé à 0 gr. 01 par  
année d'âge et par jour.

**LA DOSE UTILE SERA FIXÉE PAR PROGRESSION LENTE**

**SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE**

**SPECIA**

Marques **POULENC FRÈRES** et **USINES DU RHÔNE**

21, Rue Jean-Goujon, 21 - PARIS (8<sup>e</sup>)



## CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers — Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

### TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE  
ÉLECTROTHÉRAPIE

ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC  
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES

MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS  
MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

*Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris*  
*Autobus n° 122 au Château de Vincennes (Station du Métro).*

## ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE

ET

## MAISON DE CONVALESCENCE

Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS

*Anciens Internes des Asiles de la Seine*

*Médecins-Directeurs*

### VILLA MONTSOURIS

130, rue de la Glacière

PARIS

Téléphone : Gobel. 05-40

MARDI, VENDREDI

2 à 5

### CHATEAU de l'ABBAYE

VIRY-CHATILLON

(S.-et-O.)

Téléphone : Juvisy 76

—  
PARC : Huit Hectares

TRAITEMENT DES MALADIES  
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES

— « PRIX MODÉRÉS » —



## INFORMATIONS

### 1<sup>er</sup> CONGRES INTERNATIONAL DE PSYCHIATRIE INFANTILE Paris (24 juillet-1<sup>er</sup> août 1937)

#### COMITÉ D'ORGANISATION

*Président* : D<sup>r</sup> G. Heuyer, 1, avenue Emile-Deschanel, Paris (7<sup>e</sup>).

*Vice-Président* : D<sup>r</sup> Brissot, médecin-chef de la colonie d'enfants de Perray-Vaucluse.

*Secrétaire général* : D<sup>r</sup> Léon Michaux, 74, bd Raspail, Paris (6<sup>e</sup>).

*Secrétaire général adjoint* : M. Maurice Leconte, 6, rue Georges-de-Porto-Riche, Paris (14<sup>e</sup>).

*Secrétaire-adjointe* : Mme S. Horinson, 379, rue de Vaugirard, Paris (15<sup>e</sup>).

*Trésorier* : D<sup>r</sup> Grimbert, 11, rue Duroc, Paris (7<sup>e</sup>).

*Secrétaires des Sections* : 1<sup>o</sup> Psychiatrie générale : Mlle le D<sup>r</sup> Badonnel, 6, rue Würtz, Paris (13<sup>e</sup>) ; 2<sup>o</sup> Psychiatrie scolaire : Mme le D<sup>r</sup> Bernard-Pichon, 3, avenue Emile-Deschanel, Paris (7<sup>e</sup>) ; 3<sup>o</sup> Psychiatrie juridique : Mme le D<sup>r</sup> Roudinesco, 40, rue François-I<sup>er</sup>, Paris (8<sup>e</sup>).

#### PROGRAMME

Pendant la durée du Congrès, le *Secrétariat* se tiendra à la Maison de la Chimie, 28 bis, rue Saint-Dominique, à Paris (7<sup>e</sup>).

**Samedi 24 juillet, à 9 h. 30 (Maison de la Chimie)**  
28 bis, rue Saint-Dominique

Ouverture solennelle du Congrès par M. le Ministre de la Santé publique.  
Allocution du Président du Comité d'Organisation.

(A suivre, page d'annonces XIX).

# CLINIQUE BELLEVUE

Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse)

Etablissement  
neuro-psychiatrique

Installations moder-  
nes et confortables



CURES  
de désintoxication,  
de repos  
et d'isolement.  
Psychothérapie.

Vastes parcs ombragés.  
Vie de famille.

Prospectus — Prix très modérés

Directeur : D<sup>r</sup> H. BERSOT

**1<sup>er</sup> CONGRES INTERNATIONAL  
DE PSYCHIATRIE INFANTILE**

**Paris (24 juillet-1<sup>er</sup> août 1937)**

(suite)

RAPPORT INTRODUCTIF : « *Les bases neuro-physiologiques de la psychiatrie infantile.* »

Rapporteur : P<sup>r</sup> Wallon, de Paris.

Après-midi : Lunch offert par le Conseil général de la Seine à la Colonie d'enfants de Perray-Vaucluse. Visite de la Colonie.

17 heures : Visite de l'Internat de perfectionnement d'Asnières.

**Dimanche 25 juillet, le matin**

9 heures : Visite de la Clinique Annexe de Neuro-Psychiatrie Infantile, 379, rue de Vaugirard.

Après-midi, 15 heures : Excursion. Fontainebleau. Châteaux de Forceville et de Courange.

**Lundi 26 juillet, à 9 heures**

Maison de la Chimie, 28 bis, rue Saint-Dominique, Paris (7<sup>e</sup>)

Section de Psychiatrie générale : « *Les réflexes conditionnels en psychiatrie infantile.* »

**RAPPORTEURS**

P<sup>r</sup> Cornil, professeur à la Faculté de Médecine de Marseille (France) ; D<sup>r</sup> Dublineau, médecin-chef de l'Asile d'Armentières (France) ; R. Agostino Gemelli, O.F.M., prof. di psi. spe. Un. Cat. Milano, pres. de. Pont. Accad. d. Sc., Città del Vaticano ; D<sup>r</sup> Arnold Gesell of the Yale University and School of Medicine, de New-Haven (U.S.A.) ; P<sup>r</sup> Ibrahim, de Iéna (Allemagne) ; D<sup>r</sup> Ischlondsky, de Paris (France) ; P<sup>r</sup> Jonesco-Sisesli, D<sup>r</sup> Kreindler

(A suivre, page d'annonces XX).

---

---

**Epilepsie**  
**ALEPSAL**

**simple, sûr, sans danger**

*Échantillons & Littérature*

LABORATOIRES GÉNÉVRIER 2 Rue du Débarcadère PARIS.

---

---

**1<sup>er</sup> CONGRES INTERNATIONAL  
DE PSYCHIATRIE INFANTILE  
Paris (24 juillet-1<sup>er</sup> août 1937)**

(suite)

et D<sup>r</sup> Marinesco, de Bucarest (Roumanie) ; D<sup>r</sup> H. de Jong, d'Amsterdam (Hollande) ; D<sup>r</sup> Meignant, médecin-neurologiste de l'hôpital J.-B.-Thiéry, de Nancy (France) ; P<sup>r</sup> Mira, de Barcelone, et P<sup>r</sup> Riche, de Madrid (Espagne) ; P<sup>r</sup> Peiper, de Barmen (Allemagne) ; P<sup>r</sup> Carlo de Sanctis, Ospedale Provinciale Santa Maria della Pietà, de Rome (Italie) ; P<sup>r</sup> A.-G. Ivanov Smolensky, de Leningrad (U.R.S.S.) ; P<sup>r</sup> Sterling et D<sup>r</sup> Stein, de Varsovie (Pologne) ; P<sup>r</sup> Wintsch, professeur de Psychologie appliquée à l'Université de Lausanne (Suisse).

14 h. 30 à 17 heures : Suite de l'Exposé des Rapports et discussion.

17 à 19 heures : Séance de communications :

D<sup>r</sup> Baille, de Paris : Tests moteurs d'orientation professionnelle en psychiatrie infantile.

P<sup>r</sup> Ch. Buhler de Vienne : Nouveaux tests diagnostiques dans le domaine du normal et du pathologique.

D<sup>r</sup> Gilbert-Robin : Une branche nouvelle de la médecine : la neuro-psychologie infantile. Les acquisitions nouvelles en neuro-psychologie infantile.

D<sup>r</sup> Heuyer et D<sup>r</sup> Kopp, de Paris : Recherches sur le bégaiement.

D<sup>r</sup> A.-W. Hackefeld, de Seattle (E.U.) : The cycle interrelationship of Juvenile Neuro-Pathic traits and the adult Tension Character. A study in Pseudo-Heredité.

D<sup>r</sup> S. Krauss, de Jérusalem. Changes of personality after chorea minor.

P<sup>r</sup> A.-R. Luria : Vues psychologiques sur le développement des états oligophrènes.

(A suivre, page d'annonces XXII).

**LE CASTEL  
D'ANDORTE**  
- 342, Route du Médoc -  
**LE BOUSCAT, près Bordeaux**  
- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -  
**MALADIES MENTALES  
- ET NERVEUSES -**  
Médecin-Directeur :  
Docteur Pierre CHARON

# CHATEAU DU BEL-AIR

VILLENEUVE-St-GEORGES, 15 minutes de Paris

65 trains par jour dans chaque sens

Voitures à la gare de Villeneuve-St-Georges : Trajet en 3 minutes

## PARC

de 8 hectares  
à  
flanc de coteau  
au midi

—  
*Confort Moderne*

## CHAMBRES

avec  
Salles de bains  
privées



## Cures de Repos

Convalescences  
Régimes  
Désintoxications  
Psychothérapie  
Héliothérapie  
Malaria-thérapie

—  
**MÉDECINS  
SPÉCIALISTES**  
résidant  
au Château

## D<sup>rs</sup> H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES

Ancienne Maison de Santé fondée par le D<sup>r</sup> Blanche à Passy

Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE

## Etablissement Médical de MEYZIEU (Isère) Près LYON

Fondé en 1881 par le Docteur Ant. COURJON

### Direction médicale

D<sup>r</sup> Rémi COURJON, Médecin des Asiles, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon, Expert près la Cour d'Appel de Lyon.

D<sup>r</sup> Jean THÉVENON, Ex-interne des Hôpitaux de Lyon, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon.

Un médecin-adjoint

## MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

NÉVROSES, PSYCHOSES, INTOXICATIONS  
CURE DE RÉGIME, SEVRAGE, ISOLEMENT

Pour tous renseignements : s'adresser au Directeur à Meyzieu,  
tél. n° 5, ou à Lyon, Cabinet du D<sup>r</sup> Rémi Courjon, 4, rue  
Président Carnot, les mardi et jeudi de 15 à 17 h. Tél.  
Franklin 07-28.

**1<sup>er</sup> CONGRES INTERNATIONAL  
DE PSYCHIATRIE INFANTILE  
Paris (24 juillet-1<sup>er</sup> août 1937)**

(suite)

- D<sup>r</sup> Préaut, de Paris : La valeur de l'asymétrie faciale dans l'appréciation du caractère.  
D<sup>r</sup> Reiss, de Leiden : Enurésie chez les enfants.  
P<sup>r</sup> Schneerson, de Tel-Aviv : Some new ways of treatment of Child neurosis (The play deficit as the cause of neurosis).  
P<sup>r</sup> Uzman, d'Istanbul : Encéphalite post-vaccinale antiscarlatineuse.  
D<sup>r</sup> E. Weigl, de Bucarest : Nouvelles contributions au problème de l'énurésie.

**Mardi 27 juillet**

Maison de la Chimie, 28 bis, rue Saint-Dominique, Paris. 9 heures : Section de Psychiatrie scolaire : « Les méthodes d'éducation selon les troubles de l'intelligence et du caractère chez l'enfant ».

**RAPPORTEURS**

P<sup>r</sup> F. Banissoni, de Rome (Italie) ; Mlle le D<sup>r</sup> Lauretta Bender, de New-York (U.S.A.) ; D<sup>r</sup> de Figueiredo Sampaio, de Rio-de-Janeiro (Brésil) ; D<sup>r</sup> Friedjung, de Vienne (Autriche) ; Mme le D<sup>r</sup> Hrabovsky-Revesz, de Budapest (Hongrie) ; Mme le D<sup>r</sup> Jadot-Decroly, de Bruxelles (Belgique) ; D<sup>r</sup> Emmanuel Miller of the Institute of Medical Psychology, de Londres (Grande-Bretagne) ; D<sup>r</sup> Patry, de New-York (U.S.A.) ; D<sup>r</sup> F. Peterson, de New-York (U.S.A.) ; D<sup>r</sup> Ruggles, de Providence (U.S.A.) ; P<sup>r</sup> Schröder, de Leipzig (Allemagne) ; D<sup>r</sup> Shahine, du Caire (Egypte) ; D<sup>r</sup> Tramer, de Soleure (Suisse) ; P<sup>r</sup> di Tullio, de Rome (Italie) ; Mme le D<sup>r</sup> C. Vogt-Popp, et D<sup>r</sup> Male, de Paris (France) ; D<sup>r</sup> Van Voorthuysen, d'Utrecht (Hollande) ; D<sup>r</sup> Ombredanne, de Paris.

(A suivre, page d'annonces XXIII).

# NEUROBORE PUR

Solution inaltérable de tartrate borico-potassique pur  
1 gr. par cuillerée à café

## **SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS NERVEUSES**

*Pas d'Acné — Pas de troubles gastro-intestinaux — Pas de dépression cardiaque*

# NEUROBORE -G- ASSOCIÉ

Tartrate borico-potassique + Phénylethyl-malonylurée + Correctif  
en cachets solubles

## **MÉDICATION D'ATTAQUE**

des Affections nerveuses graves, des Insomnies rebelles

# CANTÉÏNE

## BOUTEILLE

(Cratægus -- Passiflore -- Hamamélis -- Salix alba)  
Erethisme cardiaque - Neurasthénie - Mélancolie - Déprimés  
-- Troubles circulatoires et troubles nerveux consécutifs --  
Echantillon gratuit sur demande

**Laboratoire E. BOUTEILLE, 23, rue des Moines, PARIS (17<sup>e</sup>)**



**1<sup>er</sup> CONGRES INTERNATIONAL  
DE PSYCHIATRIE INFANTILE  
Paris (24 juillet-1<sup>er</sup> août 1937)**

(suite)

14 h. 30 à 17 heures : Suite de l'Exposé des Rapports, discussions et communications :

D<sup>r</sup> H.-L. Beer et D<sup>r</sup> M. Morgenstern, de Vienne : Pratique de la pédagogie thérapeutique.

D<sup>r</sup> H. Hoffer : Le problème de la démutisation de déficients.

D<sup>r</sup> S. Kraus, de Jérusalem : The up-to-date methods of the diagnostics of personality and their significance for the Child Psychiatry.

D<sup>r</sup> E. Minkowski et D<sup>r</sup> H. Pollnow, de Paris : Le patronage médico-pédagogique — moyen d'observation de l'enfance difficile.

D<sup>r</sup> E. Stern, de Paris : Rapports entre le retard du premier développement, la débilité mentale et la débilité physique.

D<sup>r</sup> E. Weigl, de Bucarest : Succès et insuccès dans le traitement des enfants difficilement éducatibles.

18 heures : Réception à l'Hôtel de Ville de Paris.

**Mercredi 28 juillet**

Maison de la Chimie, 28 bis, rue Saint-Dominique, Paris. 9 heures : Section de Psychiatrie juridique : « La débilité mentale comme cause de délinquance infantile et juvénile. »

**RAPPORTEURS**

D<sup>r</sup> Flavio Alves de Souza, de Rio-de-Janeiro (Brésil) ; D<sup>r</sup> Bermann, de Cordoba (République Argentine) ; P<sup>r</sup> G. Corberi, de Milan (Italie) ; D<sup>r</sup> C.I.C. Earl, de Caterham (Grande-Bretagne) ; P<sup>r</sup> Fahreddin Kerim Gökyay, d'Istam-

(A suivre, page d'annonces XXIV).



# CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



**D<sup>r</sup> Marcel DHERS**

●  
Climat toni-sédatif

MAISON

de Traitements  
de Repos ~~~~~  
de Régimes ~~~~~

~~~~~  
Affections nerveuses
Intoxications
Convalescences
●

Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu
-- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --
Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie



**1^{er} CONGRES INTERNATIONAL
DE PSYCHIATRIE INFANTILE
Paris (24 juillet-1^{er} août 1937)
(suite)**

boul (Turquie) ; P^r Victor Fontes, de Lisbonne (Portugal) ; D^r Healy, directeur du Service des Enfants et Adolescents du « Judge Baker Guidance Center » de Boston (U.S.A.) ; D^r Macé de Lépinay, de Paris (France) ; P^r Postma, de Zeist (Hollande) ; P^r Stefanescu Coanga, de Cluj (Roumanie) ; P^r Vermeylen, de Bruxelles (Belgique) ; D^r Paul Vervaeck, de Bruxelles (Belgique) ; P^r Villinger, de Bethel-bei-Bielenfeld (Allemagne).

14 h. 30 à 17 heures : Suite de l'Exposé des Rapports et discussion.

17 à 19 heures : Séance de communications :

D^r Heuyer et Mme Horinson, de Paris : Facteurs concomitants de la délinquance infantile et juvénile.

D^r Fortannier, de Leiden : La psychogénèse de l'enfant criminel.

P^r Préda et D^r Cupcea, de Roumanie : Recherches de Psychiatrie juridique.

D^r F. Pascual, de Valence (Espagne) : La prophylaxie de la délinquance infantile.

D^r Roubinovitch : Résultats des examens médico-pédagogiques des délinquants mineurs à la Maison d'Education Surveillée de Fresnes.

20 heures : Banquet.

Jeudi 29 juillet

Visite de l'Etablissement Médico-Pédagogique d'Yvetot et excursion (vallée de la Seine).

Vendredi 30 juillet

Visite de l'Etablissement Médico-Pédagogique de Montesson et excursion. — Château de la Malmaison.

(A suivre, page d'annonces XXVI).

CLINIQUE PRIVÉE

D^r Th. BRUNNER

KUSNACHT près ZURICH

Traitement des maladies mentales et nerveuses. Cures pour convalescents et surmenés. Traitement spécial de l'épilepsie (méthode D^r Ulrich), des toxicomanies (insuline) et des affections parasymphilitiques (intra-rachidien et malaria). Installations hydro- et électrothérapiques. Possibilité d'occupations diverses et de sport (golf, tennis, gymnastique, équitation, canotage, natation, pêche).

CUISINE INDIVIDUELLE ET DIÉTÉTIQUE

4 maisons séparées, situées dans un vieux parc, au bord du lac

Prix de pension à partir des frs. s. 15

(traitement médical y compris)

2 médecins.

Médecin en chef : D^r Th. BRUNNER

LE COTEAU

SAINT-MARTIN-LE-VINOUX

Près GRENOBLE (Dauphiné)

- Maison de traitements --
- de repos et de convalescence
- pour maladies nerveuses --
- -- en cure libre -- --

Ouverte toute l'année -- Confort moderne
Vue admirable -- Renseignements à la gérante
Téléphone 11-38-Grenoble

MÉDECIN TRAITANT : Docteur MARTIN-SISTERON
Médecin des Hôpitaux de Grenoble

Maison de Santé
de PRÉFARGIER
près Neuchâtel - SUISSE
Médecin-Directeur : Dr O. Riggenschach



Traitement des maladies nerveuses et mentales, de l'alcoolisme, des toxicomanies. Traitement individuel. Occasions variées d'occupation rationnelle pour les pensionnaires. Psychothérapie. Installations modernes. Situation ravissante au bord du lac de Neuchâtel. Vaste parc de 30 hectares.

2 médecins spécialistes résidant à l'Etablissement

**1^{er} CONGRES INTERNATIONAL
DE PSYCHIATRIE INFANTILE
Paris (24 juillet-1^{er} août 1937)
(suite)**

Samedi 31 juillet et Dimanche 1^{er} août

Excursion de deux jours aux châteaux de la Loire.

RÈGLEMENT DU CONGRÈS

Le Comité d'organisation a choisi, dans les divers pays, des spécialistes des questions mises à l'ordre du jour du Congrès. Les rapports ne devront pas excéder vingt pages dactylographiées. Vingt minutes seront accordées à chaque rapporteur. A la suite de l'exposé des rapports, une discussion sera ouverte. Cinq ou dix minutes seront accordées à chaque orateur selon le temps qui restera disponible. Les Congressistes qui veulent participer à la discussion devront être inscrits avant l'ouverture du Congrès.

Les auteurs des communications disposeront de 5 minutes au maximum. Le texte des communications ne doit pas dépasser 4 pages dactylographiées. Les communications doivent être accompagnées d'un résumé de quelques lignes.

Les langues officielles du Congrès sont le français, l'anglais et l'allemand. Les rapporteurs et les congressistes peuvent, s'ils l'exigent, employer leur langue nationale. Le Comité d'Organisation demande pourtant très amicalement aux rapporteurs et aux orateurs de ne pas être trop exigeants à ce sujet pour ne pas rendre les traductions difficiles ou impossibles.

INSCRIPTIONS AU CONGRÈS

Le Congrès comporte des *membres adhérents* et des *membres associés*. Les *membres adhérents* ont le droit de prendre part aux discussions. Le

(A suivre, page d'annonces XXVIII).

CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE PAU

FONDÉ EN 1930

aux portes de la Ville, sur la hauteur, au milieu d'un grand parc clos avec tout confort moderne. CLIMAT TONI-SÉDATIF RÉPUTÉ

Directeur Médical : Docteur MONESTIER, Médecin honoraire des Asiles

Directeur administratif : E. COCONAS, Professeur spécialisé diplômé

GARÇONS nerveux, instables, hyperémotifs, angoissés, grognons, obstinés, paresseux, négligents, portés à dire des grossièretés, querelleurs, mauvais instincts, insomniques, tiqueurs. Redressement moral. Retardés scolaires et thyroïdiens. Délicats, anémiés, fatigués, convalescents, malingres, entéritiques, ganglionnaires, etc.



Action pédagogique combinée avec traitement médical. Instruction par petits groupes et classement par catégories distinctes. Orientation professionnelle.



Jardin d'hiver. Jeux. Sports. Gymnastique médicale. Hydrothérapie complète.

SECTION ENTRAÎNEMENT MÉDICO-PROFESSIONNELLE AVEC ATELIERS
Section spéciale pour enfants pouvant fréquenter les Cours du Lycée ou Collège

● **PRIX :** Depuis 450 fr. par mois. Chambres particulières ●
Contagieux, grands arriérés, grands nerveux et grands agités ne sont pas admis

VILLA FORMOSE, 1, Allées de Morlaas -- PAU (B.-P.) Tél. 27-07

● **NOTICE ILLUSTRÉE SUR DEMANDE ADRESSÉE A M. LE DIRECTEUR** ●

TRAITEMENTS AURIQUES

Tuberculose D. P. Rhumatisme

(Voie intramusculaire)

Oléochrysos Lumière

Suspension dans l'huile d'auro-thiopropanol sulfonate de strontium

Oléochryisine Lumière

Suspension huileuse d'auro-thiopropanol sulfonate de calcium

Allochryisine Lumière

Sel organique d'or

DÉSENSIBILISATIONS omnivalentes NON SPÉCIFIQUES

Anaphylaxie, Manie, Mélancolie

EMGÉ LUMIÈRE

ab ore
voie veineuse
voie musculaire

(Thiosulfate magnésien)

Littérature et Echantillons :

LABORATOIRES LUMIÈRE, 45, Rue Villon, LYON

MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le Dr Tarrius)

6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE

Téléphone : 68 St-Denis



Maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie

Rayons ultra-violet

PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

CHAUFFAGE CENTRAL -- ELECTRICITÉ -- CHAPELLE

*L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins
qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades*

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.

**1^{er} CONGRES INTERNATIONAL
DE PSYCHIATRIE INFANTILE
Paris (24 juillet-1^{er} août 1937)**

(suite)

prix de leur cotisation est de 125 francs français. Ils recevront un exemplaire des rapports.

Pour être membre adhérent, il n'est pas nécessaire d'être docteur en médecine.

Les *membres associés* ne prennent pas part aux discussions du Congrès, mais peuvent assister aux séances. Ils ne reçoivent pas les rapports : le prix de leur cotisation est de 75 francs français.

Les docteurs en médecine ne peuvent s'inscrire que comme membres adhérents. Ils peuvent inscrire les membres de leur famille comme membres associés.

Les Administrations publiques, les Etablissements hospitaliers, les Sociétés scientifiques, les Centres de Psychiatrie infantile, les Associations d'Education, d'Orientation professionnelle, d'Hygiène mentale, peuvent s'inscrire au Congrès et recevoir un exemplaire des rapports. Le chiffre de leur cotisation est fixé à 125 francs français.

Une carte de congressiste sera adressée par les soins du Secrétariat général à toutes les personnes (membres adhérents ou membres associés) régulièrement inscrites au Congrès. Cette carte de Congressiste donnera droit à une carte d'entrée gratuite à l'Exposition pendant toute la durée du Congrès.

Adresser les adhésions et le montant des cotisations au *D^r Grimbert, Trésorier du Congrès, 11, rue Duroc, Paris (7^e)*, au moyen du Bulletin d'adhésion spécial joint à la présente circulaire.

Les demandes de renseignements doivent être adressées à *M. le D^r Léon Michaux, Secrétaire général, 74, bd Raspail, Paris (6^e)*. Tél. Lit. 27-31.



VILLA LUNIER
à BLOIS

consacrée aux maladies mentales

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent **D^r LUNIER**, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central. Eclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitements classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmiers et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'internes.

Le prix de pension varie de 550 fr. par mois à 1.600 fr. selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre 2.600 et 3.600 fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. —
Téléphone : 2-82.

Médecin en Chef-Directeur : D^r OLIVIER

Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ

